Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 27 lutego 1886. № 9. Rok XXV.

I. O szparze środkowéj oka.

Podał Dr. Konrad Rumszewicz,
okulista okręgowy w Kijowie.

Już u Ammona (*Illustrirte med. Zeitung* 1 Jahrg., 319) znajdujemy opis przypadku, w którym prócz obszernéj szpary w tęczówce, białkówka w okolicy tylnego bieguna była bardzo cienką i wypukłą. W miejscu tém w naczyniówce znalazł on przerwę 1‴ długości a 0,5‴ wysokości mającą; przerwa ta wprawdzie nie stanowiła zupełnéj szpary, lecz tylko w odpowiedniém miejscu naczyniówkę zastępowała błona „biała, cienka, mało naczyń mająca“, dokoła otaczał ją barwik.

Streatfield (*Ophthalm. Hosp. Rep.* V Jan. 79) (1866) opisał okrągławy garbiak w okolicy plamy żółtéj, oddalony od tarczy nerwu wzrokowego, również garbiakiem otoczonéj, o jednę średnicę tarczy. Garbiak środkowy wynosił 4 średnice, dokoła otaczał go barwik. Na lśniącém dnie jego widoczne były tylne krótkie tętnice rzęskowe, czytał Nr. 16 Jaegera, pola widzenia nie badano. S. wcale nie tłumaczy pochodzenia garbiaka, tak iż przypadek jego został zaliczony do szpar środkowych dopiero później z powodu zupełnego podobieństwa, jakie pomiędzy nim a późniejszemi przypadkami zachodzi. Cierpiało oko prawe.

W przypadku Talki (*Klin. Monatsblätter* VII, 165) (1870), prócz plamy barwikowéj na tarczy i wązkiego sierpa po stronie skroniowéj, o $\frac{1}{4}$ średnicy tarczy ku dołowi i ku zewnątrz od téjże, znajdowała się biała plama w środku lśniąca, trzy razy większa od tarczy, kształtu gruszki. Dokoła otaczał ją barwik, który w niewielkiéj ilości znajdował się także pomiędzy plamą a tarczą, w przedzielającém je pasemku. Naczynia siatkówki przechodziły tylko przez dolny brzeg szpary, nadto cienka i krótka gałąź tętnicza udawała się ku jéj obwodowi. W oku było znaczne krótkowidzenie, $V = \frac{1}{6}$, obwód pola o połowę węższy. Cierpiało prawe oko.

Schweigger (*Handbuch d. Augenheilkunde* 36) (1870), opisuje zmiany na dnie oka krótkowidzeniu właściwe, wspomina, iż razu jednego znalazł w okolicy plamy żółtéj zagłębioną jasną plamę wielkości 1,5—2 średnic tarczy, zawierającą kilka kropek barwikowych dokoła również barwikiem otoczoną. Zdaniem Schw., przypadek ten zupełnie jest podobny do przypadku Streatfielda.

W przypadku Weckera (*Traité des maladies du fond de l'oeil.* 1870, 56) (1870), w okolicy plamy żółtéj znajdowało się błękitnawo-białe rozszerzenie, 2mm. głębokie, wyraźnie zarysowane, a 4 razy większe niż tarcza. Oko było nadmiarowe ($H \frac{1}{36}$); cierpiało prawe oko.

W przypadku Reicha (*Klinische Monatsblätter* 1872, str. 56), w okolicy plamy żółtéj prawego oka znajdowała się czworoboczna białawo-żółta plama, w średnicy pozioméj znacznie mniejsza od tarczy, w pionowéj nie o wiele mniejsza. Naczyniówka była prawidłową i tworzyła dokoła plamy pasemko-barwikowe. Tarcza przedstawiała znaczne fizyjologiczne zagłębienie i niewielki sierp. Plama wcale naczyń nie zawierała, dołek środkowy z trudnością tylko można było odróżnić, bystrość wzroku wynosiła prawie $^{20}/_{20}$, dla tego téż R. utrzymuje, iż w obrębie plamy mieliśmy szparę li tylko w naczyniówce. Chory co prawda utrzymywał, iż widzi nie dobrze, lecz okoliczność tę R. tłumaczy 1) nierówną powierzchnią siatkówki w obrębie plamy, 2) olśnieniem spowodowaném brakiem barwika siatkówki. Budowa miarowa.

W przypadku Montméi (*Revue photographique des hôpitaux.* VI, pl. V, str. 48) (1872), prócz wrodzonego obustronnego braku tęczówek, w naczyniówce znajdowała się szpara, w postaci trójkąta zwróconego wierzchołkiem ku plamie żółtéj, podstawą zaś opartego o tarczę, od któréj zresztą nie był wyraźnie odgraniczony. Na powierzchni trójkąta widniało kilka plamek barwikowych, brzegi jego otaczało pasemko barwikowe, wysokość przewyższała cokolwiek średnicę tarczy. Wada znajdowała się w lewém oku; nadmiarowość, wzrok prawidłowy.

W przypadku Hirschberga (*Archiv f. Ophthalmologie* XXI, str. 179) (1875), przerwa w kształcie równała się trzem średnicom tarczy, otoczonéj ku dołowi i ku wewnątrz sierpem jak u krótkowidzów, przedstawiała się w postaci plamy, kształtu jajowatego, barwy błękitnawo-białéj i znacznie zagłębionéj, odległéj od tarczy o $2^1/_2$ średnice téjże. Na powierzchni jéj widniały odosobnione pasemka barwikowe, zwłaszcza w większéj zresztą wewnętrznéj części, przeciwnie mniejsza zewnętrzna część miała barwę blado-różową, mniéj zawierała barwika, mniéj téż była zagłębioną. Plamę dokoła otaczał barwik, w obrębie jéj znajdowały się liczne naczynia (tylne rzęskowe), nadto wzdłuż brzegu jéj przechodziło naczynie siatkówki. Pole widzenia miało przerwę środkową. Wada znajdowała się w prawém oku, zezowatém ku zewnątrz, którém chory liczył palce na długość pokoju. W lewém oku, obok dolnego brzegu tarczy, znajdował się niewielki garbiak białkówkowy.

W drugim przypadku Weckera (*Handb. d. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch.* IV, str. 595) wada znajdowała się również w prawém oku, krótkowidzącém (z garbiakiem ku zewnątrz, $M^1/_4$), w postaci zagłębionéj plamy, w któréj w miejscu naczyniówki pozostało tylko kilka pasemek barwikowych. Trudno było oznaczyć przerwę środkową. Wzrok: liczył palce w odległości 30 cm. Lewe oko było również w znacznym stopniu krótkowidzące.

W pierwszym przypadku Schnabla (*Wiener med. Wochenschrift* 1876 Nr. 33—37), obok brzegu dolnego tarczy znajdował się niewyraźnie zarysowany sierp. Na miejscu plamy żółtéj znajdowała się kształtu jajowatego przerwa naczyniówki i siatkówki, szerokości około $4^1/_2$, a wysokości około $2^3/_4$—3 średnic tarczy mająca; odległość od tarczy $1^1/_4$ średnicy. Wzdłuż brzegu znajdował się barwik, powierzchnia stopniowo zagłębiała się ku wewnątrz i widocznie, pewne części jéj przynajmniéj, przykrywała cienka szarawa błonka (siatkówka?). Barwa przerwy białawo-błękitna, ku dołowi i ku zewnątrz widoczne są naczynia naczyniówki, nadto dwie tętnice siatkówki, w samym zaś środku przerwy rozgałęziało się w niéj naczynie, widocznie z białkówki pochodzące. W okolicy przytykającego do tarczy sierpa była refrakcyja miarową, w miejscu zaś plamie odpowiedniém niedomiarowość, $M^1/_4$. Granice pola widzenia były prawidłowe, lecz w środku jego znajdowała się przerwa, nadto skierowując na dno oka obraz płomienia S. przekonał się, iż niewrażliwą na światło była nie tylko okolica całéj szpary, lecz nadto część siatkówki równająca się co do rozmiarów tarczy a położona ku wewnątrz i ku górze, jakkolwiek zdawaćby się mogło, iż jest ona zupełnie prawidłową Wada znajdowała się w oku prawém, w lewém miarowém $V^{20}/_{20}$, w okolicy tarczy sierp ku dołowi.

W przypadku Schmidt-Rimplera (*Arch. f. Ophthalmologie* XXVI, str. 22) (1880), w obu oczach na miejscu plam żółtych, w odległości od tarcz o 2—$2^1/_2$ średnic, znajdowały się poprzecznie jajowate, cokolwiek szarawe plamy, dokoła czarnym barwikiem otoczone, w kierunku poziomym 2—$2^1/_2$, w pionowym 2 średnice tarczy mające. W obrębie plam widoczne były naczynia siatkówki, innych zaś naczyń (chyba tylnych rzęskowych?) nie było wcale, nie spostrzegł też Schm.-R. ani zagłębienia w okolicy szpar, ani też garbiaków tylnych obok nerwów wzrokowych. W prawém oku nadmiarowém 12D,$V={}^5/_6$, w lewém nadmiarowém 11D,$V={}^1/_3$. W polu widzenia nie było przerwy środkowéj, chociaż wzrok zawsze był lepszy przy wpatrywaniu się nie zupełnie naosiém. Widzimy więc, że przypadek ten bardzo przypomina przypadek Reicha. Schm.-R. jest zdania, iż w obrębie szpar nie tylko istniała siatkówka, lecz bardzo być może, iż również i przybłonek jéj, tylko pozbawiony barwika.

W przypadku Fuchsa (*Archiv f. Ophthalmologie* XXVIII, 1 str. 139) (1882), wada również znajdowała się w obu oczach, obie tarcze ku dołowi miały garbiaki. W lewém oku w okolicy plamy żółtéj znajdował się lśniący biały trójkąt, w którego obrębie brało początek kilka żył i tętnic, znajdowały się dwie plamy barwikowe. Ku górze i ku wewnątrz od plamy, na prawidłowém dnie oka, widoczne jeszcze były dwie jasne plamy, zawierające ziarnka barwika a kształtu okrągłego. Naczynia siatkówki miały kierunek prawidłowy i okalały okolicę plamy. Przerwy środkowéj w polu wzrokowém nie było. Fuchs (str. 155) przytacza również spostrzeżenie Dimmera. Szpara przedstawiała się w postaci krążka, mającego 5 średnic tarczy w średnicy. W obrębie jéj znajdowało się kilka plamek barwikowych, nadto brało początek kilka naczyń siatkówki. Wada znajdowała się w lewém oku, wzrok był prawidłowy.

Następnie Schnabel (*Wiener medicin. Blätter* 1884 Nr. 6—9) podał opis nowych czterech przypadków wady.

I. 10-letnia dziewczyna, pola widzenia zbadać nie podobna, przy oboczném wpatrywaniu się liczy palce, prawém okiem na 4, lewém na 5 metrów. W prawém oku resztki błony żrenicznéj, zaćma warstwowa. Na dnie tego oka znajdują się dwie szpary; jedna o $^3/_4$ średnicy ku dołowi od tarczy, długości $1^3/_4$, szerokości 1,5 średnicy; barwa jéj biała lśniąca, na powierzchni 3 cienkie naczynia siatkówki i jedno grubsze, naczyniówkowe, resztki naczyniówki są widoczne tylko w pobliżu brzegu szpary. Boczna szpara jest odległą od tarczy o 1 średnicę, kształtu jajowatego z wyraźnemi brzegami, długości 3, wysokości $2^2/_3$ średnic. Ku wewnątrz i ku dołowi szparę tę otacza prawidłowa naczyniówka, ku górze i ku zewnątrz jasno-żółtawe pasemko szerokości tętnicy siatkówkowéj, ku górze wchodzą do szpary i nikną w niéj, następnie drobne naczynia naczyniówkowe, ku zewnątrz w obrębie jéj znajduje się nieregularnego kształtu i wielkości tarczy kawałek prawidłowéj naczyniówki, dokoła którego spotykamy jakby stożek kręgowy. Nieopodal brzegu dolnego przechodzi przez szparę tętnica i żyła siatkówkowa, wzdłuż brzegu górnego również przechodzi tętnica. Zagłębienia nie ma, refrakcyja niedomiarowa około 8 D, wązki sierp wrodzony ku dołowi i ku zewnątrz. W lewém oku soczewka przesunięta ku wewnątrz, tarcza szarawo-zielona, naczynia (tylko 1 tętnica i 1 żyła) kierują się równolegle, ku zewnątrz kręgowy wrodzony sierp. Całą okolicę plamy żółtéj zajmuje szpara (mająca 4—5 średnic tarczy), dokoła otoczona czarną barwikową obrączką. W obrębie jéj białkówka nie jest wprawdzie widoczną, lecz też i naczyniówka nie jest prawidłową. Naczynia siatkówki znajdują się tylko w zewnętrznéj części. Zagłębienia nie ma, niedomiarowość około 8 D.

II. 19 letni m., krótkowidzenie 1 D. obocznie liczy palce na 6 metrów. Pole widzenia ku górze 50°, ku wewnątrz 50°, ku dołowi 60°, ku zewnątrz 85°. Względna przerwa ośrodkowa (*scotoma relativum*) wynosi ku górze 25°, ku wewnątrz 35°, ku dołowi 30°. ku zewnątrz 35°. W okolicy plamy okrągława szpara ze środkowém zagłębieniem około 2 D; długości jéj 3 średnice tarczy, wysokość 1,75 dokoła obwódka barwikowa, od któréj ku szparze kierują się wyrostki, pomiędzy niemi zaś dają się spostrzegać naczynia. Wzdłuż brzegu dolnego przechodzi naczynie siatkówkowe nadto w górnéj

i zewnętrznéj części szpary znajduje się naczynie siatkówkowe niemające żadnego związku z naczyniami środkowemi. Wada znaleziona w prawém oku, lewe było prawidłowe.

III. 19-letni m., nadmiarowość prawego oka 1,5 D, obocznie $V = {}^{6}/_{60}$. W okolicy plamy żółtéj okrągła szpara, wielkości $^{3}/_{4}$ tarczy, otoczona wązkiém jasném pasemkiem. Dolna jéj połowa biała, górna znaczną ilość barwika zawiera. Lewe oko prawidłowe.

IV. 19-letni m., w okolicy plamy żółtéj lewego oka okrągława szpara, wielkości 1,5 średnicy tarczy, zupełnie prawie pokryta czarnym barwikiem od którego są wolne tylko4 jasne pola, z tych dwa były zagłębione; w nich widoczne były naczynia do białkówki należące. Ku zewnątrz przytykała do tarczy dość obszerna blaszka zanikowa; zupełna przerwa środkowa w polu widzenia, niedomiarowość. Daléj Schnabel zalicza do szpar środkowych przypadek przedstawiony w atlasie Jaegera na rys. 91. (C. d. n.)

II. Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.

Podał prof. Dr. Mikulicz w Krakowie.

I. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Kystoma parovarii ściśle zrośnięte z macicą, wyłuszczenie podotrzewnowe z odcięciem macicy powyżéj szyi, utworzenie worka z otrzewny, zastósowanie worka z gazy jodoformowéj. Wyleczenie z pozostaniem przetoki utrzymującéj się przez przeciąg 4 miesięcy.

Eufemija Lisowa, lat 33, zamężna, z Studzienki, pełni obowiązki służącéj. Co do przebytych chorób bliższych wiadomości podać nie umie, regularność wystąpiła w 19 roku i odbywała się w sposób zupełnie prawidłowy. W 18 roku życia wyszła za mąż i rodziła raz jeden przed laty 13, a poród odbył się łatwo i pomyślnie tak dla matki, jakotéż i dla dziecka. Początku obecnego cierpienia chora oznaczyć dokładnie nie może, wspomina jednak, że przed 10 laty pojawiły się silne bóle w dolnéj części brzucha, które odtąd stale towarzyszyły każdemu miesiączkowaniu. Gdy chora przed $1^{1}/_{2}$ rokiem doznając rzeczonych bólów poczęła nacierać brzuch, zauważyła w nim obecność guza wielkości głowy noworodka. Chora nie przywiązywała przecież do tego zbytecznéj wagi i dopiero w chwili, gdy w miarę wzmagania się objętości brzucha wystąpiły trudności przy oddawaniu moczu i ciężkość przy oddechaniu, szukała pomocy lekarskiéj, dla któréj téż zgłosiła się do kliniki chirurgicznéj w d. 20 października.

Badanie wykazało stan następujący: Osoba wzrostu średniego, dobrze zbudowana i miernie odżywiona, o skórze i błonach śluzowych bladych. Narządy wewnętrzne klatki piersiowéj nie okazują zmian. Brzuch wzdęty jednostajnie, powłoki brzuszne mocno napięte, naczynia żylne skóry silnie porozszerzane. Objętość brzucha w wysokości pępka wynosi 100cm., wymiar brzucha od spojenia łonowego do pępka liczy 19cm., od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego 41cm. Linija środkowa lekko barwikiem zaznaczona, pępek płaski. Przy obmacaniu wyczuć można guz wychodzący z miednicy małéj, rozszerzający się na boki w miarę wznoszenia się ku górze, który sięga górnym brzegiem na 4 palce poniżéj wyrostka mieczykowatego. Powierzchnia guza nie jednostajnie gładka zdradza pojedyncze wyniosłości i zagłębienia i wywołuje uczucie wyraźnego chełbotania, które jéj dnak na krótkie tylko przestrzenie się przenosi. Opukiwanie daje w granicach guza odgłos zupełnie stłumiony, po bokach zaś i w górnych częściach brzucha odgłos bębenkowy. Przy ułożeniu choréj na bok wypuk bębenkowy w odpowiedniéj części bocznéj brzucha przytłumiony. Granice wątroby i śledziony, prócz wyparcia tychże narządów wraz z przeponą ku górze, odpowiadają zresztą stosunkom prawidłowym. Pęcherz moczowy przepełniony znaczną ilością moczu, którego skład nie okazuje żadnych zboczeń. Błona śluzowa pochwy wygładzona, ściany jéj napięte; sklepienia obniżone i wypuklone ku dołowi odpowiadają wyraźném chełbotaniem przy ucisku lub uderzaniu palcem w powłoki brzuszne. Część pochwowa macicy wygładzona i wyciągnięta znacznie ku górze sterczy jako drobna wyniosłość na szczycie pochwy. Dalszy ciąg macicy wybadać się nie daje.

W d. 24 października przystąpiono śród zwykłych ostrożności antyseptycznych do wykonania zabiegu operacyjnego. Po przecięciu powłok brzusznych w linii środkowéj na 10cm. od spojenia łonowego ku pępkowi otwarto otrzewnę. We wnętrzu jamy brzusznéj leżał guz o powierzchni gładkiéj, połyskującéj, na któréj przebiegały znacznie porozszerzane naczynia przeważnie żylne. Przez wbicie trójgrańca Spencer-Wellsa wypuszczono przeszło 2000cm.sz. płynu lepkiego, barwy czekoladowéj. Pomniejszony w ten sposób guz wyważono z łatwością z jamy brzusznéj, osłaniając zrośnięte z jego powierzchnią jelita gazą jodoformową, zwilżoną kwasem karbolowym. Postronkowate zrosty guza z sąsiedniemi narządami oddzielono i podwiązano w sposób zwyczajny. Dokładniejsze oglądanie guza wykazało, że tenże wrośnięty był w miednicę małą i rozwinął się między blaszkami lewego więzadła szerokiego macicy, rozciągając obydwa listki otrzewny na tém miejscu. Wyłuszczono więc guz drogą tępą z pod jego powłoki otrzewnowéj i od ścian miednicy, tak że pozostał jedynie w związku z macicą, a połączenie to ostatnie było tak ścisłe, że z tego powodu razem z guzem oddalono wyciągniętą ku górze i zniekształconą macicę, odcinając ją powyżéj szyi według metody podanéj przez Schrödera. Pozostały kikut macicy zeszyto szwem warstwowym z katgutu chromowego, wiążąc obie tętnice maciczne mocnym i grubym jedwabiem. Górną część worka otrzewnowego powstałego przez wyłuszczenie podotrzewnowe guza odcięto, dolną zaś połowę pozostałą zespojono szwem jednociągłym z katgutu, zachowując jedynie mały otwór, przez który wsunięto aż na dno rany w miednicy worek z gazy jodoformowéj, a do wnętrza tegoż wprowadzono trzy długie paski gazy jodoformowéj. Szyję worka otrzewnowego, w któréj tkwił górny koniec worka z gazy jodoformowéj, wraz z trzema paskami gazy wszyto w dolny kąt rany brzusznéj zewnętrznéj, którą zamknięto zresztą w zupełności 4 szwami płytkowemi i 6 szwami głębokiemi z jedwabiu, a wreszcie szwem kuśnierskim. Ranę osłoniętą opatrunkiem antyseptycznym pokryto opaską uciskającą cały brzuch. Chorą mocno osłabioną przeniesiono do łóżka ogrzanego. Po popołudniu wystąpiły wymioty i bóle. Podano morfin.

Nazajutrz i dni następnych stan ogólny dobry, wieczorem lekkie podwyższenie ciepłoty.

D. 28/10 wyjęto paski gazy jodoformowéj, a

D. 30/10 wyciągnięto worek z gazy zastępując go grubym drenem. Kilkakrotnie ciepłota wieczorna podwyższona bez wykazać się dającéj przyczyny. Podawano chinin.

2/11 z drenu wydobywa się nieznaczna ilość wydzieliny. Rana brzuszna zgojona zresztą przez rychłozrost. Wyjęto szwy głębokie, wieczorami utrzymuje się stan gorączkowy.

14/11 poczęto przestrzykiwać codziennie jamę rozczynem kwasu salicylowego, poczém co dwa dni wstrzykiwano mięszaninę jodoformu z gliceryną. Śród tego leczenia jama pomniejszyła się znacznie, ilość wydzieliny ograniczyła się prawie do kilku kropli, dających się wycisnąć po wydobyciu sączka. Regularnie prawie co 6—8 dni podnosi się nagle ciepłota od 40—40·5° i utrzymuje się na téj wysokości jeden do dwóch dni, poczém zwolna opada do normy. Ścisłe badanie przedsiębrane kilkakrotnie nie wykazuje, jak tylko zaparcie stolca, przeciw któremu działano środkami przeczyszczającemi i lawatywą.

W d. 1/12 badanie sondą wykazuje przetokę długą na 7cm. i dość wąską, która prowadzi do kilku zaułków małéj objętości na dnie jéj się znajdujących. Zastósowano przyżeganie rozczynem *Argent. nitric,* który potęgowano od 1% do 10%, a powtarzano 2 razy w tygodniu. Przetoka zwęziła się przy tém leczeniu prawie do połowy pierwotnéj swéj średnicy, ilość wydzieliny stała się bardzo skąpą, pomniejszyły się również i zaułki na dnie przetoki usadowione. Zaopatrzywszy chorą w odpowiednią opaskę brzuszną zalecono jéj przechadzać się po sali, a nawet po ogrodzie, przyczém stan ogólny poprawił się znacznie, odżywienie choréj i apetyt nie pozostawiały nic do życzenia. Stan zupełnie bezgorączkowy, siły i funkcyje organizmu zupełnie prawidłowe. Przetoka nie okazuje przecież dążności do zaciągania się i dla tego zaprzestano dalszego stosowania *argent. nitricum* ograniczając się jedynie do przestrzykiwania rozczynem kw. salicylowego.

27/1. Mimo kilkakrotnego energicznego przypalenia przetoki dalsze zaciąganie się takowéj nie postępuje, przy stanie ogólnym zresztą całkiem zadowalającym (chora chodzi). Z tego powodu rozszerzono przetokę za pomocą wprowadzania stopniowego coraz grubszych drenów i zbadano w narkozie dno przetoki palcem, przyczém wydobyto kilka podwiązek jedwabnych, które prawdopodobnie podtrzymywały ropienie, gdyż okolica sąsiednia przetoki i kikutu macicy nie przedstawia żadnych zmian chorobowych. Odtąd zwolna skraca się i zwęża przetoka.

Sześć przytoczonych przypadków obejmuje 2 owaryjotomije, 1 parowaryjotomiję, 2 myomotomije, i 1 owaryjohysterotomiję. Dla uzupełnienia podam całą liczbę wykonanych przezemnie w Krakowie owaryjotomij i myomotomij, która wynosi 21 owaryjotomij, 2 parowaryjotomije, 16 myomotomij i 1 owaryjohysterotomiją. Dwie parowaryjotomije dotyczyły włókniaków wychodzących z więzadła szerokiego macicy, z których jeden (opisany jako przypadek Nr. 2) zostawał w tak ścisłym związku z macicą, że operacyja ta pod względem technicznego wykonania, jakotéż stosunków przyrannych nadaje się do szeregu myomotomij, podczas gdy przypadek drugi więcéj prosty łączy się z grupą owaryjotomij. Owaryjohysterotomija zasługuje też ze stanowiska techniki na wliczenie do kategoryi myomotomij, tak że ogółem wyniknie 22 owaryjotomij i 18 myomotomij. Z tych pierwszych jeden przypadek zakończył się śmiercią czwartego dnia po operacyi skutkiem zapalenia otrzewny. Powikłany z rozległemi zrostami uwidocznił podczas oględzin pośmiertnych zropienie worka przepukliny pępkowéj, zkąd najprawdopodobniéj wzięło początek zapalenie otrzewny. Z pomiędzy myomotomij w trzech przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne; a to w dwóch razach jako następstwo niedokrewności i zapadu w 5 względnie 8 godzin po zabiegu, w trzecim przypadku skutkiem zapalenia otrzewny w 4 dni po operacyi. Jeśli wolno z tak małych liczb obliczać stosunek odsetkowy, wówczas procent śmiertelności w owaryjotomii nie dochodzi 5%, w myomotomii zaś 17%. W każdym razie wynik liczebny pomyślniéj się tu przedstawia niż w statystyce Spencer Wellsa i Schrödera z ostatnich czasów, gdzie procent śmiertelności wynosi dla owaryjotomii 10, względnie 7, dla myomotomii zaś 48, względnie 32. Nadmienić nadto muszę, że owaryjotomije przezemnie operowane stanowiły przeważnie ciężkie, z rozległemi zrostami połączone przypadki, za czém dobitnie ta okoliczność przemawia, że zabieg operacyjny 14 razy przeciągnął się poza godzinę, a między temi 3 razy trwał dłużéj niż dwie godziny, podczas gdy tylko w dwóch całkiem gładkich przypadkach, które mi się dostały, operacyję całą ukończono w niespełna pół godziny. Kilkakrotnie też potrzeba było wycinać zrośnięte części jelita; w jednym przypadku wyłuszczono zropiały torbiel jajnika, innym razem znów wykonano zabieg operacyjny w przebiegu świeżo toczącego się zapalenia otrzewny.

Daleki od myśli rozwodzenia się na tém miejscu nad wskazaniem i rokowaniem dla myomotomii, nie mogę powstrzymać się tu od kilku uwag, które wydają mi się w tym kierunku właściwemi. Rokowanie dla tego zabiegu nie dorównywa dzisiaj pod względem powodzenia mimo całego zasobu techniki bynajmniéj rokowaniu dla owaryjotomii i nie dorówna mu nigdy według mego przeświadczenia. Niezawodnie uda się na przyszłość uniknąć i w nader powikłanych razach posokowatego zapalenia otrzewny, które sprowadziło u innych operatorów przeważną część wypadków śmiertelnych (u Schrödera $^2/_3$), mimo to przecież zawsze pozostaną przypadki, których przebieg niepomyślny nie da się naprzód przewidzieć, i na które technika, jakotéż antyseptyka wpływu nie wywiera. Mam na myśli przypadki śmierci skutkiem shocku, niedokrewności, stłuszczenia serca i innych chorób już przed operacyją się toczących, które usposabiają do zapadu. Z trzech przypadków śmiertelnych u mnie dwa wchodzą w tę kategoryję, u Schrödera stanowią one 8% wszystkich operowanych.

Zkąd pochodzi zaś stosunkowo częste zejście śmiertelne po myomotomii, podczas gdy owaryjotomija względnie rzadko w podobny sposób się kończy. Zawisło ono bezpośrednio od istoty pierwotnego cierpienia, przedewszystkiém zaś od wytkniętego wskazania. Wiedząc, że guz jajnika przedstawia cierpienie niemal bezwzględnie śmiertelne, przystępujemy do zabiegu operacyjnego, skoro tylko rozpoznanie w ogóle zostanie ugruntowaném. Kobieta w stanie ogólnym względnie dobrym poddaje się operacyi i dla tego też tam, gdzie lekarze i publiczność z ufnością skłaniają się wcześnie do zabiegu, nie masz ciężkich powikłań miejscowych i ogólnych i chore znoszą łatwo względnie nieznaczny zabieg operacyjny.

Inaczéj rzecz się przedstawia przy myomotomii. Cierpienie to samo przez się nie zagraża życiu choréj i żaden też sumienny lekarz nie będzie doradzał wyłuszczenia włókniaka macicy, który nie sprawia wcale żadnych lub mierne dolegliwości. Operacyja staje się przedmiotem roztrząsania dopiero wówczas, gdy guz wywołuje groźne objawy; silne bóle, obfite krwotoki, utrudnienie w oddawaniu stolca i moczu, szybki wzrost, następowa puchlina brzucha,

oto objawy, które usprawiedliwiają wskazanie do podjęcia zabiegu. Nawet w tych warunkach przecież rzadko uciekamy się natychmiast do myomotomii. Stosując zrazu środki zapobiegawcze, posługujemy się ergotynem, który w wielu razach skutecznie powstrzymuje wzrost guza, liczymy wreszcie na to, że częstokroć mięsaki same przez się przestają wzrastać mianowicie w latach przechodowych. Gdy zaś wszystkie usiłowania przedwstępne zawiodą, poruszamy kwestyję operacyi. Niestety wówczas minął częstokroć czas korzystny dla operacyi, gdyż chora skutkiem utraty krwi, zaburzeń w odżywianiu, bólów itd., tak dalece podupadła, że operacyja sama przez się może nie ciężka stanowi dla niéj zabieg niebezpieczny. Nie rzadko przewiduje to lekarz na pewne i odradza operacyi, nie zawsze jednak można stanowczo rozstrzygnąć, czy siły choréj będą dostateczne. Wartość naszego rozpoznania i rokowania w sztuce lekarskiéj zasadza się tylko na rachunku prawdopodobieństwa, stałych formuł matematycznych nie znamy. Niejedna chora wynędzniała do skóry i kości znosi pomyślnie ciężki zabieg operacyjny, podczas gdy inna o wejrzeniu pozornie korzystném ginie śród zapadu. Sekcyja wykazuje wprawdzie zwyrodnienie serca, które uchylało się od rozpoznania za życia i tłumaczy przyczynę śmierci, lecz mimo to operator przed zabiegiem z tém się nie policzył.

Nadto uwzględnić należy okoliczność następującą. Te przypadki właśnie, w których wskazanie określają jasno ciężkie jakieś przypady, przedstawiają pod względem operacyjnym najznaczniejszą grozę. Przypadki, gdzie zabieg bywa łatwym, nie wywołują zazwyczaj żadnych objawów i dla tego nie wymagają operacyi.

Z tego co omówiłem wypływa, że podanie należytego wskazania do myomotomii napotyka na trudności takie, jakich nie nastręcza żadna inna operacyja. Z jednéj strony staramy się odwlec zabieg jak najdłużéj, gdyż może on być zbyteczny, z drugiéj strony zaś pragniemy operować nie zbyt późno, aby poddać chorą zabiegowi, gdy stan jéj ogólny jeszcze dość zadowalający. Właściwą drogę odszukać w obec tego dilematu pozwala jedynie staranne rozważenie wszystkich okoliczności towarzyszących. Momentem rozstrzygającym będzie tu oczywiście rokowanie wytknięte ze względu na operacyję. Kto ogląda się na dawne wykazy śmiertelności liczące 50—60%, ten trudno tylko skłoni się do operacyi i wyczekując zbyt długo zazwyczaj natrafi na spóźnioną porę. Kto zaś więcéj ufności pokłada w operacyi, ten przystąpi do zabiegu, skoro guz sprowadzi ciężkie dolegliwości lub groźne objawy a środki dotąd użyte okażą się bezskutecznemi. Z tych powodów téż mogą się dziś jeszcze różnić poglądy różnych lekarzy co do wskazania do myomotomii.

Po tém krótkiém zboczeniu powracam jeszcze do opisanych poprzednio sześciu przypadków. Historyje chorób świadczą, że przebieg tychże mimo ciężkich powikłań nie różnił się istotnie pod wpływem worków z gazy jodoformowéj od przebiegu zwyczajnéj owaryjo- wzgl. myomotomii; nieodmiennie był on zawsze aseptyczny. Czas trwania leczenia t. j. okres pozostawania choréj w zakładzie wynosił w pierwszych pięciu przypadkach 21—29, średnio $24^{2}/_{5}$ dnia [1]) u szóstéj operowanéj zaś utrzymywała się jeszcze w 4 miesiące po operacyi przetoka, prowadząca do worka otrzewnowego w okolicę macicy. Nie należy jednak obwiniać o to worek z gazy jodoformowéj, gdyż wydarzyć się coś podobnego może nawet przy zwyczajném drenowaniu ku zewnątrz worka otrzewnowego; w każdym razie przebieg także tutaj był aseptyczny. Użycie worka z gazy jodoformowéj ma nadto tę korzyść, że w razie krwotoku z głębi rany w miednicy nie dającego się bezpośrednio usunąć, wsunięcie pasków w głąb worka powstrzymuje krwawienie, lub jeśli zastosowanie gazy jodoformowéj jest niedostateczném, zatamowanie łatwo osiągnąć wprowadzeniem w głąb worka tamponów z Penghavar Djambi, który na innych miejscach cenne oddaje usługi.

Pozostaje jeszcze do wyjaśnienia pytanie, czy metoda wyżéj opisana nie zagraża operowanym niebezpieczeństwem zatrucia jodoformowego. Jakkolwiek w 6 przytoczonych przezemnie przypadkach nie zauważono żadnych zatrważających objawów w tym kierunku, nie mógłbym przecież tak lekko wydać sądu w powyższéj sprawie. Nie da się wprawdzie zaprzeczyć, że rozległa powierzchnia ranna styka się bezpośrednio z gazą jodoformową w warunkach, które wessaniu nader sprzyjają, lecz jeśli uwzględnimy, że z całego worka z gazy jodoformowéj bezustannie odpływa obfita wydzielina na zewnątrz, spłukując równocześnie uwalniający się jodoform, to przyznać trzeba, że niebezpieczeństwo zatrucia nie jest znowu tak wygórowane, aby przy dokładnéj obserwacyi nie udało się w samym początku zażegnać niebezpieczeństwo przez rychłe usunięcie gazy jodoformowéj. Zresztą może użyciem innego materyjału antyseptycznego uda się zastąpić zastosowaną moim sposobem gazą jodoformową; kto nie zbyt przyjaźnie usposobiony dla jodoformu, niechaj spróbuje do świeżo przyrządzonéj gazy karbolowéj lub sublimatowéj. Czy jednak w ten sposób przebieg gojenia się będzie równie zapewniony, a chora mniéj narażona na zatrucie ogólne, niż przy użyciu gazy jodoformowéj, na razie rozstrzygnąć śmiało nie mogę. Co do mnie nie mam powodu najmniejszego do zerwania z jodoformem. (C. d. n.)

[1]) Choréj po laparotomii nie przypuszczam nigdy z kliniki przed końcem 3 tygodnia, nawet w przypadkach zupełnie prostych.

III. Z pracowni chemicznéj Zakładu patologicznego w Berlinie.

Przyczynek do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetwarzanie istot białkowych w peptony.

Podał **Dr. Stanisław Klikowicz** z Petersburga.

(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

Chlorek sodu. Chlorek potasu.

Twierdzono wprawdzie, „że sól kuchenna działa przyspieszająco na trawienie materyj białkowych w żołądku, lecz zdania tego dotychczas nie dowiedziono (Buchheim R. l. c. str. 110).“ Instynktowna potrzeba téj najbardziéj rozpowszechnionéj pożywki, wielkie jéj znaczenie fizyjologiczne (Bunge: *Zeitschrift für Biologie,* tom IX i X str. 104 i 111, 1873—4) dla odżywienia organizmu dały już powód do wielu prac nad bezpośrednim wpływem soli na trawienie żołądkowe. Że w skutek podrażnienia przez sól błony śluzowéj żołądka powiększoném zostaje wydzielanie soku żołądkowego, to łatwo bardzo zrozumieć; bardzo prawdopodobném téż jest, że sól przyczynia się do zwiększonego wytwarzanie się kwasu solnego w gruczołach trawiennych; ale nadto bardzo téż być może, że sól kuchenna wywiera bezpośredni wpływ na przemianę ciał proteinowych w peptony. Dla rozwiązania tego zadania wielu badaczy robiło doświadczenia nad sztucznemi mięszaninami trawiącemi, ażeby procesy chemiczne studyjować niezależnie od fizyjologicznych. Lecz niestety nie udało

się otrzymać żadnych rezultatów. Aleks. Schmidt (*Ueber d. Beziehung des Kochsalzes zu einigen thierischen Fermentationsprocessen. Pflügers Archiv.* Tom XIII str. 93, 1876) przekonał się, że dodanie 0.5—0.6% soli kuchennéj bardzo znacznie opaźnia rozpuszczanie się dyalizowanego białka. Petit (l. c.) i Wolberg (l. c.) otrzymali ten sam rezultat, ostatni jednak zauważył przy dodaniu 0.5 NaCl na 100 cm. sz. mięszaniny trawiącéj przyspieszenie w rozpuszczaniu się białka do 2.6%. W ostatnich czasach Pfeiffer (*Ueber d. Einfluss einiger Salze auf verschiedene künstliche Verdauungsvorgänge. Sep.-Abd. aus d. Mittheil. der amtl. Lebensmittel-Untersuch. Anstalt zu Wiesbaden* 1883/4) pomiędzy innemi i sól kuchenną poddał ścisłemu badaniu. Trawienie w doświadczeniach jego trwało po większéj części tylko krótki czas (20 minut do 1 godziny, rzadziéj 15—19 godzin). Ma on zupełną słuszność protestując przeciwko zanadto długo trwającemu (40 godzin) trawieniu, gdyż jakeśmy się sami przekonali, śród niektórych warunków rzeczywiście różnice pomiędzy rozmaitemi porcyjami powoli wyrównane zostają; my sami, gdy doświadczenia nasze trwały tylko 4—6 godzin, opieraliśmy się na tém samém rozumowaniu co i Pfeiffer; ażeby jednak otrzymać znaczniejszą cokolwiek ilość bezwzględną peptonu, nie mogliśmy się zadowolić samém tylko rozpuszczeniem się białka i musieliśmy też doświadczenia nasze tak urządzić, iż trwały nie kilka minut lecz po kilka godzin. Jeśli natychmiast po rozpuszczeniu mięszaniny trawiącéj przesączymy ją i podzieliwszy ją na dwie równe porcyje, wystawimy jednę z nich na dalsze trawienie w wylęgarni, w drugiéj zaś proces natychmiast przerwiemy, w takim razie w drugiéj porcyi otrzymamy mniejsze porcyje peptonu, aniżeli w pierwszéj. Pfeiffer przekonał się, że najmniejsza przymieszka soli kuchennéj (0.24%) wstrzymuje trawienie żołądkowe i że sól ta, z wyjątkiem węglanu sodu, najbardziéj ze wszystkich badanych przez niego soli (soda, siarkan sodu i siarkan magnezyi) wstrzymuje trawienie.

Jeśli teraz spojrzymy na Tab. V, to widzimy, że w 3 pierwszych doświadczeniach nie ma żadnego, albo istnieje tylko bardzo małe wstrzymanie; przyspieszenia peptonizacyi nie mogliśmy zauważyć ani w przytoczonych tu, ani w pewnéj liczbie niecytowanych doświadczeń. W doświadczeniach 4—10 widzimy w odsetkach wyrażone znaczne (rubr. 11) zahamowanie, jakkolwiek pod względem stosunku dawki do czynnika hamującego przy doświadczeniach 6 i 7 rażącém jest, że przy ilości soli kuchennéj 2.5, procent zahamowania jest prawie o połowę mniejszy, aniżeli po dawkach 2.0 wynoszących (doświad 4 i 5). Sądzimy, iż wolno nam przypuszczać, że absolutna ilość wziętego białka nie wywiera tu żadnego wpływu, gdyż we wszystkich czterech doświadczeniach pozostała bardzo znaczna ilość białka w stanie nierozpuszczonym. Doświadczenie 10 przytoczyliśmy tu, jakkolwiek liczba 43.5% nie jest zupełnie dokładną, lecz przeciwnie tylko przybliżoną (notoryczne strącenie pewnéj części hemialbumozy przez nadmiar soli kuchennéj).

Oprócz 18 doświadczeń z solą kuchenną zrobiliśmy 6 z chlorkiem potasu; ponieważ jednak sól ta, jak się okazało, na tworzenie się peptonów działa zupełnie tak jak sól kuchenna, przytoczenie przeto tabeli uważamy za zbyteczne.

Wodan chloralu.

Rezultaty doświadczeń nad tym środkiem dają się streścić w kilku słowach: dawki poniżéj 1.0 zdają się nie wywierać żadnego wpływu na peptonizacyję; raz nie otrzymaliśmy żadnego, drugi raz znów otrzymaliśmy bardzo nieznaczne przyspieszenie (1.8%) peptonizacyi. Po jednym gramie (doświadczenie 2) ma miejsce stanowcze, lecz nadzwyczaj nieznaczne, wstrzymanie, które przy 2.0 i 3.0 (po 2 doświadczenia) przechodzi w dosyć wyraźne. 5 i 10 gramów bardzo niekorzystnie wpływa na trawienie (po 1 doświadczeniu). Ponieważ w doświadczeniach 1—3 otrzymaliśmy zbliżone do siebie liczby z dwóch zupełnie równolegle zrobionych doświadczeń, przeto w Tab. VI rubr. 6 i 8 za podstawę obliczeń naszych wzięliśmy średnie z dwóch oznaczeń polarymetrycznych.

Preparaty żelaza.

Słusznie zarzucają żelazu, że ono szkodliwiéj działa na trawienie żołądkowe, aniżeli jakikolwiek inny środek leczniczy. Zarzut ten tém bardziéj ciąży na żelazie, że zastosowaném bywa zwykle w tych razach, kiedy cały organizm w ogóle, a szczególniéj aparat trawiący, znajduje się w stanie bardzo osłabionym. Petit (l. c.) za przyczynę szkodliwego działania żelaza na trawienie żołądkowe uważa zobojętnianie kwasu, które się odbywa przy wymianach pomiędzy kwasem solnym soku żołądkowego z jednéj, a z solami żelaza ze słabszemi kwasami połączonemi z drugiéj strony. Düsterhoff (*Ueber den Einfluss von Eisenpräparaten auf die Magenverdauung. Inaugur. Dissert.* Berlin, 1882) na podstawie doświadczeń swoich sądzi, że w ogóle sole żelaza kwasów organicznych najszkodliwiéj działają na trawienie, a to z powodu uwalniania się kwasu organicznego, który w takich razach zajmuje miejsce kwasu solnego, lecz nie posiada jego własności.

Ponieważ jednak i preparaty kwasu fosforowego szkodliwie działają, przyczém uwięzienie kwasu solnego jest bardzo wątpliwém, przeto przypisuje Düsterhoff preparatom żelaza nieznaną jeszcze własność swoistą wstrzymywania trawienia żołądkowego. N. A. Bubnow (*Ueber den Einfluss d. Eisenoxydhydrates und d. Eisenoxydulsalze auf künstliche Magenverdauung u. Fäulniss mit Pancreas. Zeitschrift f. physiol. Chemie,* T. VII, str. 315. Dr. Bubnow † 18/12, 1884 (v. s.) w Petersburgu mój niestety za wcześnie zmarły kolega robił w laboratoryjum Hoppe-Seylera doświadczenia, które dowiodły hamującego wpływu niektórych preparatów żelaza na sztuczne trawienie i na proces gnicia istot białkowatych.

Nie miałem możności systematycznego zbadania szeregu preparatów żelaza porównawczo pod względem ich wpływu hamującego. Po wyczerpujących pracach poprzedników nie mamy zresztą potrzeby zajmowania się tą kwestyją na nowo. Ponieważ przy doświadczeniach z żelazem bardzo często występuje nieprzyjemne wyraźnie żółte zabarwienie płynu, byliśmy przeto częstokroć zmuszeni przed polaryzacyją zobojętniać go sodem gryzącym i za pomocą przegotowania strącać żelazo. Powstałą w ten sposób ciecz ochładzaliśmy, sprowadzali do objętości 100cm.sz., a po przesączeniu polaryzowaliśmy ją. Manipulacyja ta, niepotrzebna w doświadczeniu kontrolowém, wywiera, zdaje się, pewien wpływ na dokładność oznaczenia porównawczego; z pewném przeto zastrzeżeniem podajemy liczby w rubr. 6 i 7, Tab. VII, i doświadczenia nasze przytaczamy tylko dla kontrastu pomiędzy działaniem czystego żelaza i jego nieorganicznych soli na peptonizacyję z jednéj i soli organicznych tegoż metalu z drugiéj strony. Wynika to z porównania liczb podanych w rubr. 11 dla 8u pierwszych i 5ciu ostatnich doświadczeń. Zanotowane przy doświadczeniach 9, 11 i 13 „przyspieszenie“ leży wprawdzie w granicach błędów obserwacyjnych, ponieważ jednak w doświadczeniach 10 i 12 nie zauważyliśmy wstrzymania, przeto

wolno nam, zdaje się, wnosić z tego, że nasze sole organiczne nie wywarły znacznego wpływu szkodliwego na peptonizacyję. Wniosek ten jest w sprzeczności z wymienionemi wyżéj, przez Düsterhoffa otrzymanemi, rezultatami. Ponieważ jednak autor ten bezpośrednio oznaczył tylko nierozpuszczoną pozostałość i strącalne za pomocą gotowania białko, z różnicy zaś doszedł do oznaczenia peptonu i przytém w ogóle pracował nad bardzo małemi ilościami absolutnemi białka (1·0 włóknika wilgotnego co dawało około 0·3 istoty suchéj), małe przeto i nie we wszystkich szeregach doświadczeń wyraźnie na jaw występujące różnice w tworzeniu się peptonu nie powinny może być uwzględniane. Zresztą w doświadczeniach naszych brak zahamowania był w sprzeczności z leniwém bardzo rozpuszczaniem się białka, którém się odznaczały porcyje zawierające organiczne sole żelaza. Przy doświadczeniach z preparatami żelaza rażącém jest, że pomimo widocznie zwolnionego rozpuszczania się białka tworzenie się peptonu odbywało się albo słabo albo nawet bez żadnéj przerwy.

Kalomel.

Robiliśmy 4 doświadczenia, a mianowicie dwa z 0·5 i drugie dwa z 1·0 kalomelu. Środek ten, którego działanie farmakologiczne jedni objaśniają na czysto mechanicznéj, drudzy na chemicznéj drodze, posiada też, jak dowiódł N. P. Wasiliew (*Ueber die Wirkung des Calomels auf Gährungsprocesse u. das Leben der Microorganismen. Zeitschrift für physiol. Chemie*, T. VI, 1882, str. 112), bezwątpienia własności dezinfekcyjne i antyseptyczne. Autor ten zrobił dwa doświadczenia, ażeby się przekonać, czy kalomel wywiera wpływ na trawienie żołądkowe. Użyto w tym celu świeżego włóknika w ilości 60 gramów, z tego 200cm. pozostawiono przez noc ze sztucznym sokiem żołądkowym przy zwykłéj ciepłocie pokojowéj; nazajutrz przekonano się, że obie porcyje z przymieszką 0·3 i 0·2 kalomelu zostały zupełnie rozpuszczone, tak samo jak porcyja, w któréj nie było żadnéj przymieszki. Reakcyja Biureta wykazywała obecność peptonu.

Doświadczenia nasze robiliśmy z mniejszemi dawkami, mianowicie z 0·5 i 1·0 kalomelu i dla każdéj dawki robiliśmy po dwa doświadczenia. Podczas trawienia w żadnéj z tych porcyj nie można było zauważyć żadnéj, choćby najmniejszéj, różnicy w prędkości rozpuszczania się białka. Naczynia z kalomelem miały wyraźnie szarą barwę, która jednak nie była tak znaczną, ażeby przez to polaryzacyja stała się niemożebną. Otrzymaliśmy niewielkie, lecz we wszystkich czterech doświadczeniach stałe wstrzymanie w tworzeniu się peptonu. Ponieważ jednak zabarwienie wzrastało w miarę powiększania dawek kalomelu, a z drugiéj strony mniejsze jeszcze dawki dałyby prawdopodobnie bardzo nieznaczne różnice w liczbach polarymetrycznych, ograniczyliśmy się przeto do tych doświadczeń i odsyłamy czytelnika do Tab. VIII.

Salicylan sodu.

Krystyjan Bohr (*Ueber den Einfluss der Salicylsäure auf die Fleischverdauung beim Hunde. Jahresberichte über d. Fortschritte d. Thierchemie*, T. VI, 1876, str. 188) robił w pracowni Panuma doświadczenia, w celu przekonania się, czy długotrwałe wprowadzanie kwasu salicylowego do organizmu psa wywiera wpływ szkodliwy na trawienie żołądkowe. Średniéj wielkości pies otrzymywał przez miesiąc codziennie po 450 gramów mięsa i często po 0·25—5·0 gramów kwasu salicylowego, skutkiem czego nastąpiły częste wymioty i wstręt do mięsa. Petit (l. c.) zauważył też, że 0·4%, 0·8% salicylanu sodu nie zgadzają się z normalném działaniem pepsyny. Lecz doświadczenie codzienne i praktyka przeczą tym wynikom eksperymentu, wiadomo albowiem, że chorzy bez szkody dla trawienia zażywać mogą dość znaczne dawki kwasu salicylowego albo salicylanu sodu i to nawet przez dłuższy czas.

Przekonawszy się, że nasycony prawie roztwór salicylanu sodowego nie posiada własności skręcania, zrobiliśmy nad nim w powyższy sposób kilka doświadczeń. Blado-różowe zabarwienie danéj do polaryzacyi cieczy wywołaném zostało zapewne zawartą w białku drobną ilością soli żelaza; sądzimy jednak, że tak lekkie zabarwienie nie mogło w żaden sposób znacznego wywrzeć wpływu na rezultat polarymetryi. Dwa doświadczenia z 2·5 i 5·0 salicylanu sodu dały zgodne rezultaty, mianowicie, że sól ta znacznie bardzo wstrzymuje tworzenie się peptonu. Rezultat ten zgadzał się też zupełnie z wpływem, jaki sól ta wywierała na rozpuszczenie się białka: porcyje, w których się znajdowała sól ta, pozostały prawie do połowy nierozpuszczone, podczas gdy w porcyi kontrolowéj rozpuszczenie białka już dawno się skończyło. Niestety nie mogliśmy ważnego tego środka bliżéj pod tym względem studyjować, gdyż byliśmy zmuszeni skończyć doświadczenia nasze. Rezultaty oznaczeń polarymetrycznych zestawione są w Tab. IX.

Siarkan sodu. Siarkan magnu.

Sole te oprócz wymienionych wyżéj prac Petita i Wolberga w najnowszych czasach bardzo dokładnie zbadane zostały przez E. Pfeiffra (*Ueber den Einfluss einiger Salze auf verschiedene künstliche Verdauungsvorgänge. Sep.-Abdr. aus d. Mittheilungen d. amtlichen Lebensmittel-Untersuchungs-Anstalt zu Wiesbaden.* 1883/4). Autor ten zajął się doświadczeniami porównawczemi, ażeby nietylko stwierdzić fakt wstrzymania, lecz w celu klasyfikowania badanych soli stosownie do mniejszego albo większego wpływu hamującego. Jako rezultat ostateczny swoich badań ułożył on skalę, podług któréj najmniéj szkodliwie na trawienie żołądkowe działa siarkan magnu, daléj następuje siarkan i węglan sodu i w końcu, jako najbardziéj wstrzymująca, sól kuchenna. Nasze, po części przed dwoma laty, po części w tém półroczu wykonane, doświadczenia nie są tak liczne, ażeby z nich można było podobne wysnuć wnioski; oprócz tego nie osądzaliśmy energii trawienia podług pozostałości, lecz oznaczaliśmy ilość otrzymanego produktu ostatecznego trawienia. W każdym razie widać z Tab. X, że obie te sole, nawet w małych dawkach bardzo wstrzymują tworzenie się peptonu [1]).

IV. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił **Dr. Ferdynand Obtułowicz**,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Wielki już postęp pod tym względem wykazują badania Loefflera, dokonane w ostatnich czasach, które starają się w zupełności powyższym wymogom zadosyć uczynić. — Badacz ten w pracowni cesarskiego Urzędu zdrowotnego w Berlinie zajmował się nader skrzętnie badaniem błon dy-

[1]) Tablica późniéj dołączoną będzie.

fterytycznych i zawartych w nich mikroorganizmów i podobnie jak Klebs wykrył 2 postacie grzybków, należące do działkogrzybków *(Schistomycetes)*, mianowicie koki łańcuszkowe i laseczniki nader drobne i wąziuchne. Koki jednakowoż znajdowały się tylko wtenczas, gdy już w błonie śluzowéj widocznemi były nadżerki, a wówczas Loeffler znajdował je nie tylko w miejscu tych nadżerek, ale, co więcéj nawet, to czego dotąd przed nim nikt nie wykrył, bo w naczyniach limfatycznych i krwionośnych organów wewnętrznych. Loeffler atoli koków tych nie uważa za twory przyczynowe (motory) dyfteryi, lecz za twory tylko przypadkiem tamże się znajdujące, bo grzybków tych właśnie nie dostrzegł w przypadkach dyfteryi świeżych i wybitnych. W przypadkach zaś właśnie charakterystycznych i świeżych dyfteryi wykrył laseczniki nader drobne i wąziuchne, podobnie jak Klebs, a hodowle tych działkogrzybków wprowadzane do rozciętéj tchawicy królików, kur i gołębi zdołały wytworzyć błony wrzekome, podczas gdy sztucznie rozmnożone koki łańcuszkowe zmiany takiéj nigdy nie wywoływały. Loeffler uważa skutkiem tego za rzecz bardzo prawdopodobną, podobnie jak Klebs, że laseczniki te są właściwemi tworami wywołującemi dyfteryję.

Mimo to jednak dalsze dopiero badania muszą potwierdzić co dopiero przytoczone wyniki pracy Loefflera i stanowczo uzasadnić taką właśnie a nie inną przyrodę jadu dyfterytycznego.

W końcu niniejszego rozdziału zastanowić nam się wypadnie jeszcze nad stopniami chorobowemi dyfteryi jakoteż nad stosunkiem, jaki między dławcem a dyfteryją zachodzi.

Wielokrotne spostrzeżenia poczynione podczas licznych epidemij dyfteryi przekonywają mnie, że zdarzają się różne stopnie błonicy połyku i to poczynając od form najlżejszych, niemal nieżytowych, aż do najcięższych, zgorzelinowych, podobnie jak to i w epidemijach płonicy często spostrzegamy. I tak częstokroć zdarza się nam, że podczas epidemii dyfteryi, przy badaniu połyków wszystkich osób znajdujących się w chacie przez tę chorobę nawiedzonéj, znajdujemy już to połyk pokryty wypociną dyfterytyczną grubą i wydatną, zwłaszcza u dzieci małych lub u osób sędziwych schorzałych, już to znów tylko mocno zaczerwieniony ze śladami zaledwie wypociny dyfterytycznéj, a nawet bez jakiegokolwiek nalotu błonicowego, zwłaszcza u osób starszych, krzepkich i zdrowych. Fakt ten powtarza się w każdéj epidemii i stwierdza tylko zdanie, że jad dyfterytyczny, w miarę odporności organizmu i innych bliżéj jeszcze nieokreślonych warunków, wywołać może różne formy, różne nasilenia jednego i tego samego cierpienia. Ja sam obserwowałem nawet całe epidemije nadzwyczaj lekkiéj dyfteryi nieżytowéj, obok epidemij dyfteryi ciężkiéj i złośliwéj. I tak w r. 1879 w górzystym powiecie tureckim panowała we wsi Łomnéj, położonéj nad górnym biegiem Dniestru opodal od jego źródeł, złośliwa błonica ze śmiertelnością wynoszącą koło 40%, podczas gdy równocześnie w Chaszczowie, miejscowości stykającéj się bezpośrednio z Łomną i położonéj nad potokiem wpadającym do Dniestru, panowała epidemija nieżytowego zapalenia gardła z śmiertelnością 4% (na 27 dzieci chorych umarło 1). Podobnież we wsi Ostra położonéj nad Dniestrem w powiecie buczackim spostrzegałem podczas epidemii dyfteryi panującéj od 7 września 1883 do 19 stycznia 1884 najpierw bardzo złośliwe przypadki dyfteryi ze śmiertelnością 53%, a z końcem grudnia i w styczniu już bardzo łagodne przypadki, tak że z 19 ostatnich przypadków dyfteryi żaden nie zakończył się śmiercią. W ciągu téj właśnie epidemii bardzo znaczna ilość osób dorosłych, zdrowych, zapadała na ciężkie nieżytowe zapalenia połyku bez wypocin dyfterytycznych, podczas gdy u kilku osób podeszłego wieku w połyku nawet pokłady dyfterytyczne na migdałkach spostrzegałem. Z tego zatém aż nadto jasno wynika rozmaitość form sprawy błonicowéj i liczne fazy przejściowe dyfteryi, a ujmując sprawę tę chorobową w ściślejsze ramy możnaby przecież rozróżnić 3 główne formy dyfteryi i podzielić ją: 1) na formę nieżytową (dyfteryja kataralna) czyli formę bardzo lekką z nader nieznacznemi pokładami czyli nalotem błonicowym łatwo znikającym; 2) na formę dyfteryi zwykle spotykaną z wybitnemi pokładami grubszemi lub cieńszemi, które szerzą się z łatwością na błonie śluzowéj połyku i górnych dróg oddechowych, czemu towarzyszą ogólne objawy, zdradzające większy lub mniejszy stopień zakażenia całego ustroju; 3) na formę błonicy zgorzelinową, najcięższą i stosunkowo rzadziéj spotykaną, która piorunująco niekiedy przebiega i w ciągu 2 lub 3 dni zazwyczaj śmiercią się kończy. Skutkiem ogólnego zatrucia organizmu, albo też wywołując zgorzelinę części zajętych w połyku i głębokie potém owrzodzenia zwolna sprowadza śmierć przez wyniszczenie lub porażenie serca.

Oertel we wspomnianéj monografii (l. c. 584) rozróżnia 4 formy dyfteryi, tj. nieżytową, formę dławcową *(croupöse Form)*, gnilną *(septische Form)* i zgorzelinową. Zdaniem mojém forma septyczna nie stanowi grupy odrębnéj, gdyż zwykle stanowi ona zakończenie formy dławcowéj, lub też zaczyna formę zgorzelinową, dla tego podział na trzy te formy jest najwłaściwszym i przez liczne spostrzeżenia najbardziéj uzasadnionym.

Wszystkie te formy dyfteryi spostrzedz się dające podczas każdéj niemal epidemii téj choroby, mają wspólną cechę, tj. że szerzą się epidemicznie i że są zawsze cierpieniem zdradzieckiém wymagającém starannéj opieki i troskliwego badania lekarskiego, gdyż nieraz nawet formy bardzo lekkie w skutek różnych powikłań i zgubnych następstw, szczególniéj zaś zajęcia nerek i porażeń nerwowych, mogą fatalnie się skończyć i narazić lekarza optymistę na przykre rozczarowania.

Na zakończenie tego ustępu chciałbym jeszcze kilku słowami dotknąć kwestyi, rozstrząsanéj wielokrotnie w ostatnich czasach, a dotyczącéj stosunku dławca czyli krupu do dyfteryi.

Jakkolwiek kliniczny obraz dławca może stanowić dla siebie ściśle określoną, w odrębne ramy ujętą całość (Henoch l. c.), to jednak niemal wszyscy najpoważniejsi autorowie zgadzają się na to, że dławiec i błonica stanowią tylko dwie różne formy jednéj i téj saméj choroby zakaźnéj (Revilliod: *Croup, Diphteritis* i tracheotomia, odczyt miany na 5 Zjeździe międzynarodowém w Genewie 1877. — Dr. Pieniążek: Dwa przypadki tracheotomii w dyfteryi. Przegląd Lekarski 1879. Nr. 48 i 49 — *Brit. med. Journal* 1878 Nr. 930. *Ueber die Beziehungen zwischen Croup und Diphtheritis* w *Wiener medic. Wochenschrift* 1879 str. 582.), a różnica istnieje tylko pod względem anatomicznym, t. j. w dławcu wypocina wytwarza się na powierzchni błony śluzowéj, w błonicy zaś nie tylko na powierzchni, ale wnika i w miąższowe utkanie błony śluzowéj i częstokroć przez znaczne zboczenie w odżywieniu tkaniny śluzowéj i naczyń ją oplatających sprowadza obumarcie komórek i włókien składających tkaninę błony śluzowéj. I w bło-

nicy nieraz wypocina ma od początku charakter dławcowy (forma dławcowa dyfteryi *Pseudodiphtheritis)* i charakter ten aż do ukończenia się sprawy chorobowéj zatrzymuje; a tylko w formach nieco cięższych lub zgoła zgorzelinowych następują po złuszczeniu się wypocin płytsze lub głębsze owrzodzenia.

Klebs tłumacząc różnicę między wypociną dławcową a błonicową nie ich odrębnością lecz uważając obie sprawy za jeden i ten sam proces chorobowy twierdzi, że na błonach śluzowych pokrytych tylko jednowarstwowym przybłonkiem, jak np. w tchawicy, wypocina ma charakter dławcowy i łatwo złuszcza się, podczas gdy na błonach śluzowych pokrytych przybłonkiem kilkuwarstwowym wypocina sięga głębiéj, ściślej przylega i trudniéj się oddziela, a przy forsownem ścieraniu odrywając się sprawia broczenie błony śluzowéj jak np. na migdałkach lub w połyku (*Real-Encyklopaedie* IV., str. 162). Nie przytaczając dalszych subtelnych różnic histologicznych odwołam się do faktu zaczerpniętego z mego doświadczenia, w którém nader bliskie pokrewieństwo między dławcem a błonicą uwydatnić się musi. I tak obserwowałem w jednym przypadku nieznaczne wysepkowate wypociny na migdałkach, które w 2 lub 3 dniach z łatwością przy zwykłém leczeniu znikały, aby po kilku dniach zająć krtań i wywołać zwężenie, które dało powód do cięcia krtaniowego, przyczém obraz chorobowy okazywał formę kliniczną dławca a przecież w późniejszéj rekonwalescencyi dostrzedz się dawały objawy porażeń nerwowych, które dowodziły, że w przypadkach tych mieliśmy do czynienia z chorobą o charakterze dyfterytycznym. (Przypadek taki również opisał Kassowitz na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Strassburgu). Fakty te dowodzą zatém, że chociaż w wielu przypadkach klinicznie da się uzasadnić pewna różnica między dławcem a błonicą, to w gruncie rzeczy są te tylko odcienia jednéj i téj saméj choroby, która w różnych formach objawiać się może.

Formy krańcowe dławca i błonicy mogą w przebiegu swym i co do umiejscowienia przedstawiać cechy odrębne, ale za to istnieją liczne formy przejściowe łączące te skrajne ogniwa w jeden nieprzerwany łańcuch przypadków objętych wspólną nazwą dyfteryi. W końcu i ta okoliczność przemawia za tém, że dławiec i błonica są tylko 2ma różnemi formami jednéj i téj saméj choroby zakaźnéj, że dławiec właśnie najczęściéj pojawia się podczas panowania epidemij dyfteryi, a i przypadek poniżéj opisany, w którym z powodu dławca krtaniowego wykonałem tracheotomiję z wynikiem pomyślnym, wydarzył się właśnie przy końcu silnéj epidemii dyfteryi ze znaczną śmiertelnością, jaka w zimie r. 1881 na 1882 w Buczaczu panowała. Z tego powodu zatém zdanie nieodżałowanéj pamięci Szeparowicza, który w znakomitéj swéj pracy o tracheotomii (Przyczynek do kazuistyki rozcięcia tchawicy, napisał Dr. Jan Szeparowicz — Przegląd Lekarski Nr. 21, 22, 24, 25, 26, 1875 str. 248 i 257—260) stanowczo staje po stronie Oertla i broni odrębności dławca, uważając ją za chorobę miejscową, zapalną, coraz to więcéj traci zwolenników, a zdanie przeciwne przez Senatora (l. c.) utrwalone coraz to więcéj zyskuje uznania. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

O pierzchnicach płaskich Wilsona. Skreślił Dr. K. Szadek, lekarz ordynujący oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu garnizonowym w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Rozpoznanie pierzchnic płaskich w przypadkach posuniętych nie przedstawia wielkich trudności. Osutkę pierzchnic wtedy pomieniać chyba można z osutką kiłową grudkową lub guzkową *(Syphilis papulosa, tuberculosa)* w początkowym ich okresie. Dla rozróżnienia obu tych zaburzeń pamiętać należy iż:

a) Osutka kiłowa rzadko ma taki powolny przebieg, jaki spostrzega się w przypadkach pierzchnic płaskich.

b) Osutka kiłowa grudkowa ma dążność do tworzenia gromadek, kształt prawidłowy przybierających (jakoto koła, półkola, pierścienie itd.); osutka zaś pierzchnic płaskich rzadko układa się prawidłowemi gromadkami, zwykle przybiera ona postać długich smug lub gromadek i blaszek wcale nieprawidłowego, czasem cudackiego, kształtu.

c) Osutka pierzchnic płaskich złożoną jest z bardzo drobnych grudek; w osutkach zaś kiłowych obok grudek prosówkowych drobnych napotykamy też często i większe, dosięgające wielkości soczewicy i grochu.

d) Grudki i guzki kiłowe rzadko ulegają wessaniu, zanikają bez uprzedniego przeobrażenia się rozpadowego, zwłaszcza w warstwach powierzchownych grudek; wyrzuty przeto kiłowe na powierzchni często sączą lub nawet wrzodzieją; grudki zaś pierzchnic płaskich nigdy nie podlegają owrzodzeniu i zawsze pozostają suchemi.

e) Łuski pierzchnic płaskich są bardzo drobne w postaci białawoszarego srebrzystego proszku; łuski zaś grudek i strupki guzków kiłowych są większe, grubsze i z trudnością mogą być zdjęte.

g) Osutkę pierzchnic płaskich najłatwiéj pomieniać z osutką kiłową grudkową, w tych mianowicie przypadkach, w których oprócz zwykłych objawów na skórze spostrzega się też zmiany chorobowe i na błonach śluzowych; lecz w pierzchnicach płaskich grudki napotyka się zwykle na błonie śluzowéj jamy ustnéj, rzadziéj zaś w połyku, owrzodzeń zaś w *lichen planus* brakuje wcale; w zajęciu kiłowém jamy ustnéj i w gardle owrzodzenia rzadko nie bywa; kłykciny sączące najczęściéj usadawiają się na wargach i w połyku, rzadziéj zaś wyłącznie w jamie ustnéj.

Osutkę pierzchnic płaskich w początkowym okresie jéj rozwoju pomieniać niekiedy można z wypryskiem grudkowatym (*eczema papulatum*) lub z łuszczycą w okresie początkowym ostatniéj (*psoriasis punctata).* Brak pęcherzyków, wyraźnego swędzenia, zdrapań i strupków, przebieg powolny osutki, odczyn nieznaczny w zajętéj skórze, jakoteż dążność osutki pierzchnic płaskich do układania się w smugi i większe gromadki i blaszki zniewolą nas wkrótce do wykluczenia wyprysku. Co zaś do łuszczycy, pamiętać należy, iż czerwone plamki *psoriasis punctatae* od początku już wykazują uwarstwienie przyskórka, po zdjęciu zaś ostatniego obnażona skóra krwawi; grudki zaś pierzchnic płaskich w początku są gładkie i nie łuszczą się wcale, co łatwo wyróżnia je od początkowych wyrzutów łuszczycy. Oprócz tego umiejscowienie osutki w łuszczycy inne niż w *lichen planus:* pierwsza usadawia się najchętniéj na łokciach, kolanach, powierzchni wyprostnéj odnóg, na uwłosionéj okolicy głowy i na grzbiecie; druga zaś na powierzchni zgięć odnóg, w okolicy brzucha, na bokach, lędźwiach i skórze części rodnych.

Wyrzuty pierzchnic płaskich, gdy są usadowione na wyprostnéj powierzchni odnóg, mogą być uważane również za osutkę *lichenis pilaris.* Lecz w tym ostatnim grudki nigdy nie skupiają się w gromadki, lecz zawsze rozrzucone pojedynczo, kończyste i każda grudka pierzchnic włosowych od początku posiada w środku łuskę.

Rozróżnienie smug skóry zanikowych (*striae atrophicae cutis)* od zanikających wyrzutów pierzchnic płaskich, układających się też w postaci długich smug, opiera się na cechach następujących: 1) obok smug pierzchnic płaskich zwykle napotykamy gromadki i blaszki rozmaitego kształtu i wielkości, jakoteż i odosobnione drobne grudki i plamki wklęsłe, pozostałe po wessaniu się pojedynczych grudek; obok *striae atrophicae cutis* nie napotykamy grudek i plamek, czy to odosobnionych, czy też zebranych w gromadki i blaszki.

2) Smugi pierzchnic płaskich mają obwód festonowy, nierówny, zagięty, kształtu wyraźnie falistego, brzegi zaś „smug zanikowych skóry" zarysowują się zwykle w postaci linij regularnych i prostych i rzadko chyba z lekka nierównych.

3) Barwa smug, pozostałych po zaniklej osutce pierzchnic płaskich, brudno-szara; *striae atrophicae cutis* odznaczają się barwą więcej fijoletową.

4) Brzegi smug i blaszek pierzchnic płaskich ciemniej są zabarwione niż część środkowa; naodwrót zaś *striae atrophice cutis* zabarwione jednostajnie na całej swej powierzchni.

Od grudek czerwonych kończystych pierzchnic Hebry (*lichen ruber acuminatus s. exsudativus Hebrae)* grudki pierzchnic płaskich tém się odróżniają, iż są mało co nad powierzchnię skóry wyniosłe, płaskie, częstokroć zagłębione we środku, blado zabarwione i dopiero w późniejszych swych okresach łuszczyć się zaczynają; grudki zaś *lichenis rubri acuminati* ostrokończyste, posiadają barwę ciemno czerwoną i już od początku swego istnienia każda z nich na wierzchołku łuską zaopatrzona. Obok wymienionych cech odróżniających wzmiankowane choroby należy jeszcze wspomnieć o przebiegu bardziej szybkim i rozległości osutki w czerwonych kończystych pierzchnicach, gdy osutka pierzchnic płaskich rzadko kiedy miewa przebieg szybki, szerzy się zwykle powolnie, trwa bardzo długo i usadawia się najczęściej na małych obszarach skóry, tworząc wcale niewłaściwe dla *lichen ruber acuminatus* długie smugi i nieprawidłowo ułożone gromadki grudek i blaszki.

Opierając się na cechach powyższych, łatwo odróżnić osutkę pierzchnic płaskich od innych cierpień skóry podobnych do *lichen planus*.

Rokowanie w *lichen planus,* jak to już powiedzieliśmy wyżej, przedstawia się całkiem inném niż w cierpieniu skóry pokrewném *lichen ruber acuminatus*; ostatni należy do chorób skórnych nader uporczywych i czasem nawet dla życia niebezpiecznych; gdy tymczasem pierzchnice płaskie po długiém nawet trwaniu na ogólny stan zdrowia wcale nie wywierają wpływu i łatwo dają się usunąć przy użyciu stosownych środków. Jedyny przykry i często niezatarty ślad przebytych pierzchnic płaskich stanowią plamy, blaszki i smugi zaniklej osutki, które gdy są rozległe i usadowione na twarzy itp. wydatnych częściach ciała, nadają skórze chorego wejrzenie nieco szpetne. (Dok. n.)

Dr. Schuster: **Sclerosis disseminata cerebrospinalis jako następstwo kiły.**

Dotychczas wedle jednozgodnych zapatrywań neuropatologów etyjologija sklerozy jest bardzo niejasną. W literaturze dostępnej autorowi niniejszej rozprawki tylko Wernicke i Greiff podają kiłę jako przyczynę tej choroby. Rokowanie co do życia zaś bezwzględnie jest niekorzystném. Autor opierając się na przypadku przez siebie dokładnie obserwowanym dochodzi do przekonania, że kiła może być niewątpliwie przyczyną a rokowanie nie tak złém, jak dotychczas sądzono. Przypadek obserwowany dotyczy 32-letniego mężczyzny, okazującego obok objawów kiły wybitne objawy sklerozy rozsianej. Chód spastyczno-paralityczny, podwyższone odruchy ścięgniste, objaw Westphala, brak zboczeń czuciowych i ze strony odbytnicy, drżenie gałek ocznych i przy zamierzonych ruchach nie pozwalają na inne rozpoznanie. Mowa nieco jąkająca się, pismo okazuje wszystkie właściwości tego rodzaju chorych. Objawy te wystąpiły w 5 miesięcy po infekcyi pierwotnej. Zastosowano energiczne leczenie przeciwkiłowe, nadto kąpiele ciepłe (28°R) i przypiekanie Paquelinem grzbietu. Pod wpływem tego leczenia polepszył się stan chorego w $2^1/_2$ miesiąca tak, że chory mógł dwie godziny bez znużenia chodzić, drżenie zmniejszyło się bardzo wybitnie a objaw Westphala znikł. Pismo wyraźne, czytelne. W 6 miesięcy później chory zgłosił się powtórnie z objawami kiły i mniej wybitnej niż poprzednim razem sklerozy (bieganie i zwroty były choremu niemożliwemi). Leczenie podobne poprzedniemu trwało 2 miesiące ze skutkiem nadzwyczaj korzystnym. Objawy kiły zupełnie znikły a z objawów właściwych sklerozy pozostała niepewność stania na prawej nodze przy zamkniętych oczach, obok nieznacznego utrudnienia chodu, może atoli biegać, nawet tańczyć. Przypadek ten w obec równoczesnego istnienia objawów kiły i sklerozy rozsianej nie da się inaczej tłumaczyć jak tylko jako następstwo kiły, co stwierdzoném zostało skuteczném leczeniem przeciwkiłowém. Rokowanie zatém w takich przypadkach jest wcale dobrém. (*Deutsch. mediz. Wochenschrift* 1885, Nr. 21). *Dr. Halski.*

Leber: **O zapaleniu tęczówki i tęczówki razem z naczyniówką, wydarzającém się w przebiegu cukrzycy i zapaleniu nerek, oraz uwagi nad działaniem kwasu salicylowego w wewnętrznych zapaleniach oczu.**

Stosunkowo częste pojawianie się cukrzycy w okolicy Getyngi nastręczyło autorowi sposobność robienia dalszych spostrzeżeń nad chorobami oka w przebiegu tego cierpienia. Nie licząc zaćmy cukrzycowej zebrał L. 39 spostrzeżeń cierpień ocznych w tej chorobie. Między niemi znajduje się 9 przypadków zapalenia tęczówki, leczonych od roku 1878, a liczba ta zdaje się w obec stosunkowej rzadkości obu cierpień uprawniać do wykluczenia zbiegu przypadkowego. W ostatnich czasach ogłosili nadto autorowie francuscy podobne spostrzeżenia. Postać zapalenia tęczówki spostrzeganego w cukrzycy okazuje pewne właściwości. Przedewszystkiém podnieść należy stosunkowo częste pojawianie się zapalenia ropnego. Jeżeli pierwotne ropne zapalenie tęczówki, niewywołane przez ropne zapalenie rogówki, jest w ogólności rzadkiém, to uderzyć musi, że na 9 chorych spostrzegano u dwóch zebranie ropy w komórce przodkowej, a nadto u jednego z nich na obu oczach w różnym czasie. Do tego dodać należy, że zapalenie nie dochodziło, mimo wybitnie ropnej przyrody, znaczniejszego stopnia, zebranie ropy było zazwyczaj małe, a reszta objawów zapalnych niezbyt wygórowana, leczenie okazywało się zazwyczaj bardzo skuteczném. Drugą właściwością jest błona włóknikowa, wypełniająca całą źrenicę a zatém upośledzająca wzrok w wysokim stopniu, która jednak przy stosowném leczeniu uderzająco szybko ulegała wessaniu. Spostrzegano ją u 3ch chorych, u jednego mianowicie na obu oczach, dwa razy w połączeniu z zebraniem ropy. W razie mniejszego nasilenia choroby nie było ani błony włóknikowej ani zebrania ropy, a cierpienie przedstawiało się w postaci zwykłego zlepnego zapalenia tęczówki ze zmętnieniem cieczy

wodnéj i mierną ilością tylnych przyczepin. Takie przypadki nie okazywały cech właściwych; zmętnienie cieczy wodnéj bywało zazwyczaj jednostajne, niekiedy jednak spostrzegano także i osady na tylnéj powierzchni rogówki. Następnie podnieść należy pewne właściwości przebiegu i zakończenia się zapalenia tęczówki. Jak już wspomniano ulegała tak błona wlóknikowa jak i ropa w komórce nader szybko wessaniu, mimo groźnego zrazu wejrzenia choroby, która często w czasie względnie krótkim kończyła się wyleczeniem z pozostawieniem, co najwięcéj, kilku nieznacznych przyczepin tylnych. Do tak pomyślnego przebiegu przyczyniało się, zdaniem autora, wewnętrzne podawanie salicylanu sodowego, który z najlepszym skutkiem stosował już od lat kilku w przypadkach zapalenia tęczówki i miąższowego zapalenia rogówki. Inni chwalą również skuteczność tego środka w zapaleniu tęczówki, jak Wheeler, Abadie (mianowicie także w zapaleniu twardówki) i Chisolm. Mimo to zdobył on sobie, zdaniem autora, dotąd tylko względnie małe uznanie. (Sprawozdawca *Przegl. Lek.* może z własnego doświadczenia potwierdzić jego skuteczność w zapaleniu tęczówki). Oprócz zapalenia tęczówki stosował go autor z bardzo dobrym skutkiem także w samoistném (pozagałkowém) zapaleniu nerwu wzrokowego, a potwierdzić może doświadczenie innych co do zbawiennego działania w zapaleniu twardówki i tkanki nadtwardówkowéj *(scleritis* i *episcleritis).* Mimo silnego przekonania o skuteczności kwasu salicylowego odznacza się przecież, zdaniem L., przebieg w mowie będących przypadków zapalenia tęczówki czémś właściwém, gdyż, pominąwszy skłonność do ustąpienia z wessaniem produktów zapalnych, okazują one usposobienie do nagabywania oka drugiego, często dopiero po miesiącach lub latach, podczas gdy nie zdarzyło mu się widzieć nawrotu cierpienia na tém samém oku. Gdy kwas salicylowy tak na zapalenie tęczówki jak i na cukrzycę korzystnie działa, trudno więc rozstrzygnąć, czy jego działanie na zapalenie tęczówki jest bezpośredniém, czy téż bardziéj pośredniém, o ile na polepszenie cukrzycy wpływa. Jest jednak rzeczą pewną, że zapalenie tęczówki może ukończyć się pomyślnie, mimo, że mocz wielką ilość cukru zawiera. Zdaje się więc, że kwas salicylowy działa raczéj bezpośrednio na zapalenie tęczówki. (Za tém przemawia, zdaniem sprawozd. *Przegl. Lek.*, zbawienne działanie na inne postacie zapalenia tęczówki).

Z innych cierpień ocznych, które w tych przypadkach zapaleniu tęczówki towarzyszyły, wymienić należy przedewszystkiém zaćmę. Jeżeli więc w ciągu rozwoju zaćmy wystąpi zapalenie tęczówki, uzasadnia to bardzo podejrzenie cukrzycy. W niektórych przypadkach towarzyszyły zapaleniu tęczówki zaćmienia ciałka szklanego, co do rozpoznania także i zapalenia ciałka rzęskowego uprawniało. W jednym przypadku wykazano cierpienie nerwu wzrokowego z niedowidzeniem i zblednięciem tarczy nerwu wzrokowego, w innym ograniczone zapalenie siatkówki z białemi plamami.

Z podanych spostrzeżeń wynika, że zapalenie tęczówki saméj lub razem z zapaleniem ciałka rzęskowego zaliczyć należy do cierpień, które cukrzyca wywołuje. Tak więc rozciąga się zgodność białkomoczu i cukrzycy pod względem chorób ocznych, które one wywołują, na sporą ilość cierpień, mianowicie: zapalenie siatkówki tak wybroczynowe jak zwyradniające; zapalenie tęczówki saméj lub razem z ciałkiem rzęskowém, zaćmienie ciałka szklanego wypocinowe i wybroczynowe, zaćma; wreszcie cierpienia nerwu wzrokowego.

W każdym więc przypadku zapalenia tęczówki należałoby badać mocz, a łatwo zrozumieć, jak wielkiéj to badanie jest wagi pod względem leczenia nietylko zapalenia tęczówki, ale także wczesnego rozpoznania i odpowiedniego leczenia cierpienia ogólnego, a to tém bardziéj, że wcale dobry stan odżywienia i brak pragnienia i głodu nie wyklucza bynajmniéj nawet długotrwałéj cukrzycy ze znaczną ilością cukru. Podejrzenie cukrzycy jako przyczyny zapalenia tęczówki staje się tém większém, gdy ona odznacza się włóknikową wypociną w źrenicy i zebraniem ropy w komórce. (*Graefes Archiv f. Ophth.*, XXXI. Abth. IV). *Dr. Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω Guaite: **Zabarwienie skóry w skutek używania arsenu.** Autor zauważył u dzieci, które dla różnych cierpień używały arsenu od 4—5 miesięcy, zabarwienie skóry żywo przypominające podobny objaw choroby Addisona. Zabarwienie to zwykle najprzód występowało na karku i następnie rozszerzało się na całą powierzchnię skóry. Prócz tego zabarwienia autor nigdy nie widział ubocznego jakiegoś szkodliwego wpływu na ustrój skutkiem dłuższego używania arsenu. Po przerwaniu dalszego podawania arsenu zabarwienie właściwe skóry utrzymywało się jeszcze do 4 tygodni, poczém przyskórek złuszczał się, a pod nim występowały nowe warstwy przyskórka prawidłowo zabarwionego. *(The medical Record* 28 listop. 1885).

Ω. **O szkodliwém działaniu kokainu na rogówkę podaje wiadomość** Bunge. W 3 przypadkach, w których przed operacyją zaćmy zapuszczono do oka 3% rozczynu tego leku, powstały takie nadżerki przybłonka, że musiano na razie zaniechać operacyi. Nadżerki te wyleczono wprawdzie już w ciągu kilku dni opaską uciskową, lecz przystąpiono już do operacyi bez poprzedniego znieczulenia kokainem. W jednym przypadku widział B. po kilkrotném zapuszczeniu kokainu zapalenie rogówki pęcherzykowe, które trwało pięć tygodni. Również w sześciu przypadkach zauważył autor po operacyi zaćmy zamglenia rogówki, które u jednéj 75 letniéj pacyjentki było tak silne, że zaledwie światło przypuszczało. I tę zmianę skłonnym jest autor przypisać szkodliwemu wpływowi kokainu. (*Allg. med. C. Ztg.* 1885 Nr. 100).

Ω W klinice prof. Wagnera w Peszcie stosowano w ostatnich czasach **Coffeinum natrio-salicylicum** u 12 chorych, podając najwyżéj po 0.20 *pro dosi*, 1.20 na dzień. Spostrzeżenia ogłoszone z tych badań przez Dra Bélę Székácsa, potwierdzają w zupełności zdanie wypowiedziane przez Riegla, że *Coffeinum natriosalicylicum* jest znakomitym środkiem, rywalizującym z naparstnicą, posiadającym przytém tę zaletę, że działa szybko i nie posiada wcale własności kumulatywnych. Podawano chorym jednym ciągiem po 10—12 grm. Z zaprzestaniem środka szybko i działanie jego ustaje.—*Coffeinum natrio-salicylicum* jest wskazaném we wszystkich tych przypadkach, w których wystąpiła niekompensata. Należy jednak rozpoczynać zawsze od małych dawek, bo u niektórych osób napotyka się idyjosynkrazyję. *(D. M. Zeitung* 1886, Nr. 2).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 2 grudnia 1885 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 24.

1. W dyskusyi nad nową metodą operowania wola zabiera głos kol. Obaliński nadmieniając, iż najlepszą zaletą metody kol.

Mikulicza jest właśnie okoliczność, o której on już wspomniał w swoim wykładzie, mianowicie, że inni chirurdzy rownocześnie wpadli na ten sam pomysł. Rzeczywiście, metoda ta jest wypływem loicznego myślenia, boć jeżeli wyjęcie jednéj części gruczołu miało chronić od groźnych następstw, to w razie konieczności wyjęcia całego gruczołu należało zostawić choć część jego, czyli wykonać resekcyję gruczołu, jak to nazwał kol. Mikulicz. Kol. O. również nie wiedząc o pomyśle tym, kilkakrotnie go już użył. Że sposób ten jednak od następstw niepomyślnych niezupełnie chroni, jakkolwiek przebieg ich może z tego powodu bywa łagodniejszy, niech zaświadczy następujący przez kol. O. operowany przypadek, który jeszcze i dla tego zasługuje na wzmiankę, że w jego przebiegu wystąpiły przypady jakby epileptyczne, bardzo podobne do tych, które koll. Mikulicz i Korczyński wspólnie postrzegali. M. K., 22 lat liczący, parobek, przybył d. 15 lutego 1885 r. na oddział chirurgiczny szpitala z prośbą, aby go uwolnić od wola, który od kilku lat coraz to bardziéj się rozrasta, a od roku stoi mu na przeszkodzie w zarobkowaniu, przeważnie z powodu duszności. Stwierdziwszy po każdéj stronie szyi guz wielkości pięści, kol. O. oświadczył choremu, że mu tylko po jednéj stronie operacyję wykona, z obawy przed następstwami, jakie obustronne wyłuszczenie pociągać za sobą zwykło. W dniu 20 lutego wyłuszczył kol. O. guz po stronie prawéj, poczém nastąpiły tylko nieznaczne przypady duszności, zaledwie dwa dni trwające, a gdy rana zagoiła się *per primam*, mógł pacyjent w 2 tygodnie późniéj opuścić szpital doznając w oddychaniu bardzo znacznéj ulgi. W 5 tygodni późniéj zgłasza się ten sam człowiek z prośbą, aby mu wyjąć guz i po drugiéj stronie, gdyż się spodziewa, że natenczas będzie zupełnie wolnym od cierpień, a od powziętego zamiaru nie dał się odwieźć żadnemi przedstawieniami. To też postanowił kol. O. wyjąć mu guz z pozostawieniem kawałka jego w samym spodzie, a co wykonał 20 kwietnia 1885 r. Tym razem następstwa po operacyi były całkiem odmienne. Duszność już podczas operacyi okazała się bardzo znaczną a późniéj jeszcze zwiększyła się tak, że z powodu nader przykrego charczenia musiał być osobno trzymany. Piątego dnia po operacyi wystąpiły lekkie kurcze w podudziach, które się coraz to bardziéj zwiększały, aż wreszcie wystąpiły drgawki ogólne połączone z nieprzytomnością, toczeniem piany, nastrzykaniem spojówek, trwające godzinę a czasem i dłużéj, a powtarzające się co 24 a czasem i co 12 godzin. Wyraz twarzy głupkowaty, apetyt ogromny, źrenica lewa szersza od prawéj. W kilka tygodni późniéj napady te znacznie osłabły i rzadziéj występowały, lecz chrypka i duszność trwały daléj. W tym stanie opuścił pacyjent zakład w d. 28 maja, a w pięć miesięcy późniéj miał kol. O. wiadomość, że zupełnie wyzdrowiał. — Kol. P i e n i ą ż e k wspomina, że porażenia jednostronne mięśni przez nerw krtaniowy dolny zaopatrywanych zdarzają się nieraz przy wolu, skutkiem ucisku na nerw rzeczony, podobnież przychodzą one po wyjęciu wola, skutkiem przecięcia lub naruszenia tego nerwu. Przypadem, którym się podobne porażenie zdradza, jest występujący bezgłos naprzemian z głosem tak zwanym fistułowym, zależnie od tego, czy chory stara się w tak zwanym regestrze piersiowym, czy fistułowym głos wydać. W pierwszym razie przy miernem wydłużeniu strun głosowych, gdy mięsień po stronie porażonéj przebiegający *(m. arytaenoideus)* jest zupełnie nienapięty, struna ta nie może wydawać drgań odpowiednich, a że z tegoż samego powodu jest miękką, podatną, przeto i prąd powietrza nachyla ją na bok, tworząc większą szparę, przez co i struna zdrowa dość silnych drgań nie wytworzy, czego wynikiem jest bezgłos. Gdy chory natomiast wydaje głos w regestrze fistułowym, wydłuża on za pomocą mm. obrączko-tarczykowych *ad maximum* swoje struny, przez co i porażona staje się napiętą a prąd powietrza przechodzącego już nie odchyli jéj tak łatwo na bok, wyrazem czego jest, iż struna zdrowa łacniejsze drgania wytworzyć może. Tém się tłumaczy w tych stanach głos fistułowy, który lubo słabszy dosyć bywa czystym. Gdy chory przez doświadczenie dojdzie do tego, że tylko w regestrze fistułowym głośno mówić może, używa stale tego głosu, faktem zaś jest, iż niektórzy chorzy w ten sposób nawet śpiewać mogą. Zawsze jednak nie będziemy stanu podobnego uważać za normalny, skoro w regestrze piersiowym bezgłos pozostaje. Kol. P. sądzi przeto, że przypadki, w których mimo trwania porażenia połowy krtani, głos prawidłowy miał się wyrobić, do téj tylko kategoryi zaliczyć musimy, gdyż przy zupełném porażeniu jednéj strony głosowéj głos prawidłowy absolutnie istniećby nie mógł. — Kol. W a r s c h a u e r nadmienia, że nieraz w chorobie Basedowa wyższego stopnia następuje zejście śmiertelne przez porażenie serca, w takich przeto razach, nieczekając niepomyślnego zakończenia choroby, należałoby użyć zabiegu operacyjnego, rozumie się po rozważeniu wszystkich okoliczności. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w styczniu r. 1885.

D u r b r z u s z n y szerzy się od września r. z.; w styczniu b. r. stwierdzono go w 78 miejscowościach a w 34 powiatach. Z 1646 leczonych chorych wyzdrowiało 908 czyli 55,2%, umarło 129 czyli 7.8%, pozostało w leczeniu 609 osób, podczas gdy z końcem grudnia 1885 tylko 293 osób pozostało. Najwięcéj był tyfus rozszerzony w powiecie rawskim, gdzie w 8miu miejscowościach lecz dość łagodnie wystąpił, największa śmiertelność zdarzyła się w jednéj gminie pow. łancuckiego, gdzie na 29 chorych prawie 25% zmarło, także w jednéj gminie pow. skałackiego 17%.

D u r p l a m i s t y także się wzmaga, lecz nieco powolniéj; z 288 chorych leczonych wyzdrowiało 128 albo 44·4%, umarło 22 albo 7,6%, pozostało w leczeniu 138 chorych (w grudniu 1885 tylko 41). Największa liczba chorych zdarzyła się w powiecie drohobyckim, w jednéj gminie 60 chorych, potém w pow. brzeżańskim w dwu gminach 62 chorych.

D u r p o w r o t n y panuje i nadal tylko w jednym powiecie jaworowskim. W trzech gminach leczono 86 chorych, z tych wyzdrowiało 38 czyli 44,2%, umarło 6 czyli 7%, pozostało w leczeniu 42 chorych w dwu gminach.

Epidemija s z k a r l a t y n y dosięgła w grudniu 1885 swego szczytu, w styczniu 1886 stwierdzono tę chorobę jeszcze w 63 miejscowościach a w 28 powiatach: najwięcéj rozszerzoną była w powiecie borszczowskim (6 gmin) w gródeckim i sanockim (po 5 gmin). Z 1656 chorych leczonych wyzdrowiało 1047 czyli 63.2%, umarło 165 albo 10%, pozostało w leczeniu 444 (w grudniu 1885: 501). Największa ilość chorych była w powiecie myślenickim.

D y f t e r y j ę stwierdzono w 11 miejscowościach a w 8miu powiatach, z 149 chorych leczonych wyzdrowiało 81 czyli 54,3%, umarło 61 albo 40,9%, pozostało zaś tylko 7 chorych w 3 gminach. Największa ilość przypadków śmierci (21) zdarzyła się w powiecie kołomyjskim w Peczeniżynie, gdzie zdaje się błonica nie wygasać, największy zaś procent śmiertelności zdarzył się w jednéj gminie powiatu husiatyńskiego, gdzie na 12 chorych 9ciu umarło.

C z e r w o n k ę sprawdzono tylko w jednéj gminie.

O d r a wzmaga się, w styczniu stwierdzono ją w 87 miejscowościach w 28 powiatach. Z 4218 leczonych chorych wyzdrowiało 2672 czyli 63,3%, umarło 218 czyli 5,2%, pozostało w leczeniu 1328 chorych. Śmiertelność, która w grudniu r. 1885 była 10·2%, spadła obecnie do połowy. Najwięcéj rozszerzoną była odra w powiecie brodzkim, tarnobrzeskim, bocheńskim i dąbrowskim, w którymto ostatnim powiecie w ciągu stycznia zupełnie wygasła.

Na k r z t u s i e c leczono 1184 chorych, z tych wyzdrowiało 636 osób czyli 53,7%, umarło 52 albo 4,4%, pozostało w leczeniu 496 osób.

O s p a znacznie rozszerzyła się, tak iż liczba ospowych chorych leczonych w styczniu jest niemal dwa razy tak wielką jak w grudniu 1885, a mianowicie rozszerzyła się ospa w powiecie nowotarskim, rawskim, sokalskim i żywieckim. W ogóle panowała ospa w styczniu w 66 miejscowościach Z 1043 leczonych chorych wyzdrowiało 556 czyli z tego 427 (40,9%) szczepionych a 129 (12,3%) nieszczepionych, umarło 112 osób z tego było 45 (4,3%) szczepionych a 67 (6·4%) nieszczepionych. Z szczepionych wyzdrowiało zatém 58·3%, umarło zaś 6·1%, z liczby nieszczepionych wyzdrowiało 41,6%, umarło 21·6%. Z końcem stycznia br. pozostało w leczeniu 261 szczepionych a 114 nieszczepionych.

Lwów d. 19 lutego 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 7—13 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców

30,4. Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Z gruźlicy umarło 8 (7 z. t.); z zapalenia płuc 3 (7 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy, 1 błonicy, 1 duru osutkowego z Podgórza. W tygodniu od 31 stycznia do 6 lutego umarło z ospy: w Warszawie i Odesie po 1, w Budapeszcie 12, w Pradze 2, w Wiedniu 9, w Rzymie 12, w Wenecyi i Paryżu po 6. Z duru osutkowego umarło: w Londynie i Rzymie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 7. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 12, w Petersburgu 19, w Paryżu 20, w Londynie 10. Z odry umarło: w Budapeszcie 25, w Paryżu 14, w Londynie 41, w Petersburgu 19, w Rzymie 15. Z płonicy umarło w Petersburgu 22. Z błonicy umarło w Warszawie 10, w Berlinie 35, w Dreźnie 11, w Wiedniu 16, w Rzymie 13, w Paryżu 31, w Londynie 27, w Chrystyjanii 10, w Petersburgu 14 Z krztuśca umarło w Londynie 121. Na cholerę zapadło w Tarifie (w Hiszpanii) od 23—26 stycznia 42, umarło 17; w Donarnenez (we Francyi) zapadło od 22 —29 stycznia 76, umarło 3.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 31 stycznia do 6 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,2; w Brodach 35,3; w Drohobyczu 30,4; w Kołomyi 37,2; w Przemyślu 42,5; w Stanisławowie 27,9; w Tarnopolu 36,6; w Tarnowie 34,1; w Czerniowcach 28,6; w Warszawie 27,1; w Poznaniu 23,7; w Pradze 31,0; w Budapeszcie 30,0; w Wiedniu 27,3; w Salcburgu 25,0; w Gracu 33,6; w Lublanie 35,3; w Insbruku 30,1; w Bernie 36,0; w Berlinie 27,7; w Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Bazylei 26,6; w Brukseli 22,8; w Chrystyjanii 21,5; w Genewie 23,8; w Kopenhadze 18,3; w Londynie 22,4; w Odesie 32,1; w Paryżu 26,3; w Petersburgu 33,2; w Rzymie 40,8; w Stokholmie 24,1; w Tryjeście 27,0; w Wenecyi 33,0; w Zurychu 23,4.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 24 lutego. Dzienniki polityczne wiedeńskie od dni kilku zajmują się żywo t. zw. sprawą znaimską, a względnie orzeczeniem Wydziału lek. wiedeńskiego, wydaném w téj sprawie. Niejaki Herzog, handlarz koni, wystąpił był ze skargą przeciw Luzowi, naczelnikowi gminy w Morawii, ze skargą o uszkodzenie cielesne; według orzeczenia kilku lekarzy Herzog poniósł złamanie 2 żeber i w skutek tego orzeczenia Luz uznany został winnym ciężkiego uszkodzenia cielesnego. Skazany żądał atoli wznowienia procesu z powodu, że dowiedział się, iż Herzog już przed paru laty doznał był złamania żeber, że więc w zawiści ku Luzowi udając świeże złamanie i korzystając z łatwowierności lekarzy posądził swego przeciwnika o zbrodnię. Wydział lekarski w Wiedniu mając sobie przesłane akta śledcze orzekł, że złamanie w rzeczy samej było dawném, w skutek czego Luz został uwolniony a natomiast Herzog i jego świadek Weininger pociągnięci zostali do odpowiedzialności, a na mocy werdyktu przysięgłych uznani winnymi oszustwa i skazani na kilkoletnie ciężkie więzienie. Śród rozprawy, która się odbyła przed kilku dniami w Znaimie, obrońcy w sposób namiętny i obelżywy krytykowali orzeczenie Wydziału, odmawiając nawet referentowi téj sprawy w Wydziale, prof. Kundratowi, kompetencyi do orzekania, twierdząc nadto, że niemiał prawa li na podstawie aktów zadania kłamu orzeczeniu kilku lekarzy, opartemu na własném badaniu. Dzienniki, w miarę barwy swojéj, omawiały sprawę w sposób rozmaity, dając do zrozumienia, że Wydział może postąpił sobie bez należytéj rozwagi. W skutek rozgłosu, jakiego dostąpiła ta kwestyja, Wydział lekarski na posiedzeniu swém, odbytém d. 20 bm., uchwalił, a dziekan uchwałę tę ogłosił we wszystkich dziennikach, że w swoim czasie przystąpi do ogłoszenia orzeczenia razem z wyciągiem z aktów. Jak donosi *W. allg. med. Ztg.* na posiedzeniu tém prof. Meynert oświadczył, iż pewien członek Wydziału poparł obrońców w czynnościach ich skierowanych przeciw orzeczeniu Wydziału, że zastrzega sobie prawo uczynienia wniosku o zarządzenie dochodzenia dyscyplinarnego przeciw temu członkowi i wykluczenie go z Wydziału; na co prof. Benedikt odparł, że on jest tym członkiem, którego Meynert oskarżał, że jednak czynność jego ograniczyła się do odesłania obrońców do prof. Alberta po informacyje przeciw autorowi orzeczenia. Prof. Albert podaje, że istotnie odwiedził go obrońca, któremu atoli oświadczył, że przekonany jest o winie obżałowanych i że gotów jest stwierdzić pod przysięgą, że rzecz się ma tak, jak orzeczenie przedstawia; prof. Hofmann również zgadza się z orzeczeniem, znając akta dokładnie.

Wypada więc czekać, aż akta te zostaną ogłoszone; w każdym razie atoli sprawa ta budzi pewien niesmak ze względu na stosunki istniejące w Wydziale, jeżeli rzecz istotnie ma się tak, jak prof. Meynert ją przedstawił.

* **Lwów**. W d. 20 lutego r. b. Drowie Schramm i Barącz otworzyli prywatny zakład leczniczy, koncesyjonowany przez c. k. Namiestnictwo. Zakład ten przeznaczony dla chorych wszelkiéj kategoryi z wyjątkiem cierpiących na choroby umysłowe i zaraźliwe, posiada salę operacyjną zaopatrzoną we wszelkie przybory i narzędzia według wymagań nowoczesnéj chirurgii. Nie wątpimy, że zakład ten znajdzie powodzenie; rękojmią bowiem najlepszą są nazwiska właścicieli i kierowników, a głównie Dra Hilarego Schramma, b. asystenta prof. Mikulicza i znanego z licznych prac naukowych, a który w roku przeszłym, zanim powziął myśl przeniesienia się do Lwowa, odbył ze znakomitym skutkiem wszystkie akty habilitacyjne, nadające *veniam docendi* z chirurgii.

Dnia 1go marca br. rozpoczyna Dr. J. Szpilman drugi kurs bakteryjologiczny w pracowni epidemijologicznéj (nowy gmach c. k. Namiestnictwa we Lwowie). Koledzy, którzy chcą wziąć udział w tym kursie, raczą się zgłosić w poniedziałek o godzinie między 5—6 popołudniu, koledzy zaś z prowincyi zechcą się porozumieć z Wnym protomedykiem Drem Biesiadeckim. Informacyi udziela także Dr. Szpilman. Lwów, ulica na Rurach, l. 31.

○ Dnia 1 października 1886 ma się odbyć w Biarritz międzynarodowy Zjazd hydrologiczny i klimatologiczny.

○ Przy ostatniém rozdaniu nagród w paryskiéj Akademii Umiejętności przyznano nagrodę Montyona 2,500 franków Girardowi, dyrektorowi miejskiego laboratoryjum, za jego prace nad fałszowaniem pokarmów *(The Lancet)*.

* **Wiedeń**. Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. wyznaczono komisyję, złożoną z proff. Billrotha, Alberta i Dittla, który po przybraniu docentów dentystyki Schaffa starszego i Steinbergera ma przedłożyć wniosek względem utworzenia szkoły dla dentystów w połączeniu z Wydziałem pozostać mającéj.

W radzie miejskiéj radny Dr. Kernecker uczynił wniosek, aby ulicę Höfera w dzielnicy IX. na któréj mieszkał prof. Hebra, nazwano ulicą Hebry.

* **Berlin**. Prof. Liman podał się do dymisyi jako fizyk miejski; obecnie zamierzają utworzyć posady dla 4 fizyków stolicy.

* **Niemcy**. Członkami nadzwyczajnymi ces. niem. Urzędu zdrowia mianowani zostali na 3 lata: Drowie Kersandt, Lewin, Schütz, Pistor i Schweninger z Berlina, Bockendahl z Kielu, Jaffé w Królewcu, Zinn w Eberswalde, Varrentrapp w Frankfurcie n./M., Graf w Elbersfeldzie, Lent w Kolonii, Kerschensteiner, Pettenkoffer w Monachijum, Günther, Reinhard, Siedamgrotzky w Dreznie, Koch w Stutgardzie, Bottlehner i Lydtin w Karlsruhe, Pfeiffer w Darmstadzie, Brunnengraeber w Rostoku, Reinhard w Jenie i Kraus w Hamburgu.

* **Paryż**. D. 7 bm. odsłonięto w Collége de France pomnik Klaudyjusza Bernarda; podczas uroczystości przemówili Paweł Bert (obecny gubernator Tonkinu), Berthelot, Chauveau i Renan.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Edymburg**. Dr. Brook zamianowany został prof. embryjologii porównawczéj a Dr. Romanes prof. filozofii nauk przyrodniczych.

* **Mianowania**. Pan Namiestnik zamianował lekarzami powiatowymi 1éj kl. lekarzy powiat. 2 kl. Drów Leona Machalskiego w Tarnobrzegu, Błażeja Kijasa w Mielcu i Bartłomieja Wrońskiego w Gorlicach; lekarzami powiat. 2éj kl. asystentów sanitarnych Drów: Teodora Pawlasa w Chrzanowie, Wincentego Nycza w Bohorodczanach i Władysława Czyżewicza w Myślenicach; asystentami zaś sanitarnymi Drów: Tytusa Wasylewskiego w Podhajcach, Jacka Jabłońskiego w Lubaczowie i Mieczysława Hirschlera w Tłustém.

Przeniósł zaś lekarzy powiatowych Drów: Antoniego Pietrzyckiego do Brodów, Mieczysława Marynowskiego do

Jarosławia, Kajetana Wolańskiego do Złoczowa, Klemensa Knihynieckiego do Myślenic, Adolfa Wursta do Kałusza, Wincentego Nycza do Liska, Wład. Czyżewicza do Dąbrowy, asystenta Dr. Apol. Tarnawskiego do Kossowa i przeznaczył Drów Wasylewskiego dla Niska, Jabłońskiego dla Cieszanowa a Hirschlera dla Bohorodczan.

* **Nekrologija.** W Kałuszu umarł Fryd. Dzikowski, em. lekarz powiatowy i salinarny, członek Tow. lek galic. w 63 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 8: Rumszewicza: Kilka przypadków prawidłowego wzroku przy wziernikowych zmianach zanikowych w tarczy n. wzrokowego. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 8: Nenckiego i Sieberowéj: O kryształach żylnéj hemoglobiny; Zawadzkiego: Przypadek zakażenia krwi spowodowanego wyrwaniem zęba; Stypińskiego: Przepuklina sznurka pępkowego. — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 2: Krówczyńskiego: O wpływie gimnastyki na narząd trawienia. —

Redakcyja otrzymała:

Dr. L. KADLER: Lecznice warszawskie. Warszawa 1886, in 8vo str. 25.

Sprawozdanie z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok III, 1884. Warszawa 1886. Cena rs. 1, in 8vo str. 294.

Dr. A. BAGINSKY: Wykład chorób dzieci. Przekład z wydniem. z r. 1883 dokonany przez Dra W. Kosmowskiego. Tom I. Warszawa 1886, in 8vo.

Dr. P. SEIFMANN: Streszczenie wiadomości o wynikach wszczepienia zarodka wścieklizny, otrzymanych przez Pasteura, in 8vo str. 12.

Piśmiennictwo lekarskie. MEURER C., Ueb. Krankheiten der Circulationsorganc bei Glaukom. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 2.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 3 marca o godzinie 6téj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Pieniążek mówić będzie o postępowaniu przy zwężeniach następowych po tracheotomii w przebiegu krupu, poczém 2) kol. Obaliński przedstawi chorą wyleczoną po wyłuszczeniu odnogi górnéj wraz z łopatką, wykonaném w szpitalu św. Łazarza, wreszcie 3) zda sprawę komisyja z wniosków koll. Korczyńskiego i Gluzińskiego.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Upraszamy Panów prenumeratorów składających przedpłatę w Ekspedycyjach pocztowych lub księgarniach, aby w razie niedojścia pojedyńczych Nrów udawali się z reklamacyjami tam, gdzie przedpłatę składają. Administracyja takich reklamacyj uwzględniać nie może, nie posiadając wykazów prenumerujących przez Ekspedycyje pocztowe lub księgarnie, te bowiem uwiadamiają Administracyję tylko ogólnie o liczbie egzemplarzy, któréj potrzebują.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.